

La Drogue, le Toxicomane et la Société

Dr Jean-Georges ROMAIN

Édition Liège – avril 2003

La drogue, le toxicomane et la société

codex abrégé

sous la direction du
Docteur **Jean-Georges ROMAIN**

préface du
Docteur **Paul DIRICK**

édition Liège - avril 2003

Copyright © avril 2003 by J.-G. Romain, directeur de la rédaction, adresse : rue de la Paix 10, B-4130 Esneux (Belgium) ; ou courriel : jg.romain@skynet.be

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction (par tous procédés) réservés pour tous pays

Le présent ouvrage étant sans but lucratif, le directeur de la rédaction *autorise* toute citation ou reproduction partielle, à *condition* de lui en faire la demande écrite et de préciser l'utilisation prévue des parties reproduites

La version sur papier de cet abrégé est l'impression sur HP Deskjet 640 C du fichier 0304 DTS [...].doc (Word 2000).
Prix : 10 €

Une version de l'abrégé sur disquette 1.44 MB PC compatible (Word 2000) peut être obtenue à l'adresse ci-dessus.
Prix : 3 €

La drogue, le toxicomane et la société

codex abrégé

sous la direction du

Docteur **Jean-Georges ROMAIN**

Médecin Généraliste
Ancien Président de la Société Balint Belge
Maître-Assistant en Médecine Sociale (HEMES-ESAS Lg)
Président du Réseau SSMG-ALTO (Alternatives aux Toxicomanies)

préface du

Docteur **Paul DIRICK**

Médecin Généraliste
Président du CEFOP Liège (Centre de Formation Professionnel Pluridisciplinaire)
Vice-Président de la Commission Médicale Provinciale de Liège

édition Liège - avril 2003

Remerciements aux collaborateurs

**qui, de près ou de loin, ont aidé à la réalisation
des éditions successives de cet abrégé
ou de l'un ou l'autre texte qui le compose :**

Mr **Ali S.**, Dr **Baudouin D.**, Prof. **Bertrand J.**, Mme **Chaumont A.**, Dr **Delrez**,
Dr **Detaille**, Dr **Dirick P.**, Dr **Dor B.**, Dr **Figiel Ch.**, Dr **Firket P.**, Dr **Galloy Y.**,
Mme **Gillet**, Dr **Gillis J.**, Dr **Gilson G.**, Dr **Henrard G.**, Mr **Hesse**, Dr **Jacques C.**,
Dr **Jadot M.**, Dr **Lafontaine J.-B.**, Mr **Laurent**, Mr **Lemaître**, Dr **Léva A.**,
Mr **Macquet**, Dr **Martin P.**, Prof. **Noirfalise A.**, Dr **Périlleux J.-L.**, Dr **Picard C.**,
Dr **Rémy C.**, Dr **Renaud F.**, Mr **Rulmont B.**, Dr **Swartebroeckx M.**, Dr **Thomas**,
Dr **Toussaint C.**, Dr **Vandendael**, Dr **Vanderkaa F.**, Dr **Van Dhelsen G.**,
Mr **Vanhalle G.**, Dr **Vanoverbeke C.**, Dr **Vrancken C.** (ce dernier est le co-auteur
de la partie thérapeutique de la 1^e édition du CEFOP en 1993).

Organismes qui ont soutenu le projet

Centre de Formation Professionnelle Pluridisciplinaire aux Soins à Domicile (CEFOP ASBL) ; responsable : Dr DIRICK P., rue des Vennes 167, B- 4020 Liège (*initiateur de la première édition en 1993*)

Société Scientifique de Médecine Générale, Réseau de médecins généralistes ALTO (Alternatives aux toxicomanies) ; responsable régional : Dr ROMAIN J.-G., rue de la Paix 10, B- 4130 Esneux

Société Balint Belge, Groupement d'Étude et de Formation à la Relation Soignant-Soigné ; secrétaire : Dr DELBROUCK M., rue de la Flanière 44, B- 6043 Ransart (Charleroi)

A.L.F.A. ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies ; Dr FIGIEL C., rue Saint Denis 4, B- 4000 Liège

Université de Liège (ULg), **Faculté de Médecine**, Département de **Toxicologie** et **Bromatologie** ; Prof. NOIRFALISE A., rue de l'Hôpital 3, Bâtiment B-23, Sart Tilman, B- 4000 via Liège 1

P.A.N. (*Project for Alcohol Network*) ; Prof. BERTRAND J.; Centre de Jour « *La Clé* », boulevard de la Constitution, B- 4020 Liège

Ministère de l'Action Sociale et de la Santé de la Région Wallonne ; Mr le Ministre DETIENNE T. et Dr MARIAGE O., rue des Brigades d'Irlande, 4, B-5100 Namur (Jambes)

Table des Matières de l'Abrégé

Préface

Avertissement

1° partie : **LES DROGUES**

- 1.1 Quelques définitions préliminaires : *psychotrope, toxicomanie, toxicodépendance, drogue, stupéfiant...*
- 1.2 Les différentes drogues : *pharmacologie, clinique, sevrage, biologie*
 - 1.2.0 Généralités sur les drogues
 - 1.2.1 Les drogues sédatives
 - 1.2.2 Les drogues stimulantes
 - 1.2.3 Les drogues hallucinogènes
 - 1.2.4 Les sédatifs avec effet hallucinogène
 - 1.2.5 Les stimulants avec effet hallucinogène
 - 1.2.6 La mise en évidence des imprégnations
- 1.3 Le vocabulaire de la drogue
 - 1.3.0 Un peu d'ethnolinguistique...
 - 1.3.1 Le vocabulaire de la consommation
 - 1.3.2 Le vocabulaire des différentes drogues
- 1.4 Les présentations des drogues
- 1.5 La dépendance physique ou psychique et la tolérance
- 1.6 La polytoxicomanie
- 1.7 Le surdosage
- 1.8 La "*poussière*"
- 1.9 Les complications infectieuses et toxiques
- 1.10 La malnutrition chez les toxicomanes

2° partie : **LES TOXICOMANES**

Sociologie

- 2.1 Epidémiologie
 - 2.1.1 Âge moyen du début de l'utilisation de drogue
 - 2.1.2 Prévalence des drogues utilisées
- 2.2 Le monde de la toxicomanie
 - 2.2.1 Type de milieu social *associé* à la toxicomanie
 - 2.2.2 Le groupe des toxicomanes : une nouvelle ethnie ?
- 2.4 La délinquance ; la violence
- 2.5 L'aspect socio-économique et le travail social

Psychologie

- 2.6 Y a-t-il une structure mentale de toxicomane ?
- 2.7 Pourquoi les jeunes (et moins jeunes) se droguent-ils ?
 - 2.7.1 L'adolescent en crise et la drogue
 - 2.7.2 L'environnement social, l'adolescent et la drogue
- 2.8 Le toxicomane, le plaisir et la souffrance
 - 2.8.1 Désir et libido chez le toxicomane
 - 2.8.2 Le toxicomane et la souffrance
- 2.9 Le toxicomane et les petits groupes
 - 2.9.1 Le vécu psychosocial du toxicomane
 - 2.9.2 Le toxicomane et l'école ... ou les loisirs
 - 2.9.3 Le toxicomane dans les milieux immigrés
- 2.10 Le toxicomane et la famille
 - 2.10.1 Les ascendants et les collatéraux
 - 2.10.2 Le toxicomane en couple
 - 2.10.3 Toxicomanie et parentalité
- 2.11 Le toxicomane et ses soignants ou médecins
- 2.12 L'évolution de la toxicomanie ; la trajectoire du toxicomane et son cheminement thérapeutique

Psychiatrie

- 2.13 Les diagnostics psychiatriques *associés* à la toxicomanie
 - 2.13.1 Les troubles psychiatriques *induits* par une drogue

Diagnostic et Thérapeutique

- 2.14 L'anamnèse du toxicomane
- 2.15 L'appel à l'aide et « l'urgence »
 - 2.15.1 Le traitement du surdosage d'opiacés
 - 2.15.2 Le traitement du manque
- 2.16 La pharmacothérapie :
 - 2.16.1 Le sevrage
 - 2.16.1.0 Généralités sur le sevrage
 - 2.16.1.1 Sevrage de la dépendance aux barbituriques
 - 2.16.1.2 Sevrage de la dépendance aux benzodiazépines
 - 2.16.1.3 Sevrage de l'alcoolisme
 - 2.16.1.4 Sevrage de la dépendance aux psychostimulants
 - 2.16.1.5 Sevrage de la dépendance à l'héroïne
 - 2.16.2 Après le sevrage
 - 2.16.2.0 Généralités
 - 2.16.2.1 Le syndrome déficitaire
 - 2.16.2.2 L'héroïnomanie en post-sevrage
 - 2.16.2.3 Pharmacothérapie de quelques situations en post-sevrage
 - 2.16.3 La post-cure et la maintenance ou substitution
 - 2.16.3.1 Dépendance aux opiacés et gestion du post-sevrage
 - 2.16.3.2 Héroïnomanie et traitements de substitution
- 2.17 Les psychothérapies chez le toxicomane :
 - 2.17.1 Différents types de psychothérapie et principes communs
- 2.18 L'accueil, la prise en charge et l'écoute du toxicomane
- 2.19 Les traitements non-médicamenteux et non-psychothérapeutiques
- 2.20 Grossesse et toxicomanie : le fœtus en danger

Prévention

- 2.21 La prévention primaire : avant toute consommation
- 2.22 La prévention tertiaire : prévention des rechutes et des complications
 - 2.22.1 Les risques liés à la toxicomanie intraveineuse
 - 2.22.2 Les risques liés à la sexualité des toxicomanes

3° partie : **LES “TOXICOTHÉRAPEUTES” et LA SOCIÉTÉ**

(sélection de sous-titres pour médecins généralistes et équipes pluridisciplinaires)

- 3.1 L'éthique
- 3.2 La législation
- 3.3 La déontologie
- 3.4 Les médecins généralistes
 - 3.4.1 Première rencontre entre le toxicomane et le généraliste
 - 3.4.2 Difficultés et stress du médecin (ou du thérapeute) face au toxicomane
 - 3.4.3 Le médecin généraliste face à l'alcoolique
- 3.8 Les équipes pluridisciplinaires et le travail en équipe
- 3.10 Les règles et contrats de prescription
- 3.11 Les rapports avec le milieu judiciaire
 - 3.11.1 Les problèmes rencontrés par les toxicomanes en prison
- 3.14 Les services d'aide, de traitement et de post-cure
- 3.15 Les services d'urgence
- 3.16 Les groupes d'entraide ou de *self-help*
- 3.18 Les groupes de réflexion et de formation continue pour professionnels
 - 3.18.1 La conférence de consensus (national) de Gand sur
le traitement de substitution à la méthadone
 - 3.18.2 Un exemple de charte locale :
le consensus du centre de formation pluridisciplinaire CEFOP de Liège
 - 3.18.3 Un exemple de consensus régional :
la charte du réseau SSMG-ALTO (Wallonie-Bruxelles)...
en guise de conclusion (provisoire) à cet abrégé !

4° partie : **BIBLIOGRAPHIE & ADRESSES UTILES**

Préface

Chères consœurs, chers confrères,

Le problème de la **drogue** et des **toxicomanes** est peut-être au départ une crise de société que certains veulent médicaliser.

Il est intéressant de mieux cerner, d'approfondir davantage les multiples raisons qui ont entraîné ce fléau.

Il paraît utile, important et peut-être plus efficace de rechercher, de réfléchir à des solutions dans le domaine de la **prévention**.

Néanmoins il y a actuellement dans la région liégeoise 4000 à 6000 personnes qui ont pris goût, qui sont sous la dépendance de drogues dites "dures", et qui sont en détresse psycho-socio-médicale.

Malgré l'aspect souvent marginal, rébarbatif, contraignant ou décourageant de cette situation, n'est-il pas du devoir de tout médecin généraliste de venir en **aide** à un de ses patients dans le **besoin** ?

Comment devons-nous agir, réagir, accomplir ou compléter notre fonction, notre rôle face à ces patients perturbés et/ou perturbants ?

Devons-nous les écarter, les rejeter, les renvoyer à un centre spécialisé dans ce domaine ?

Devons-nous être conciliant, répondre à leur demande au point de prescrire à la demande ?

Ne serait-il pas plus conforme à notre **réputation** de médecin généraliste **responsable, formé**, d'être apte à **gérer** de façon adéquate cette situation de crise ?

Selon nous, un **médecin généraliste prenant en charge un patient toxicomane de façon responsable** est un **médecin**

- désireux d'aider son patient de façon globale et efficace
- qui s'est informé sur tous les aspects du problème « drogues – toxicomanies »
- qui estime avoir les aptitudes à bien contrôler tous les volets de ce créneau de soins, grâce à une formation appropriée
- remplissant bien son rôle et sa fonction...

Un tel médecin généraliste **n'est pas uniquement un prescripteur** de médicaments et n'apporte **pas seulement une réponse à une demande de drogues** mais

- est à l'écoute
- fait une mise au point sérieuse, avec anamnèse, examen clinique et biologique
- propose au patient un contrat de prise en charge, en n'oubliant pas que le problème est quasi toujours psycho-socio-médical
- travaille le mieux possible et le plus tôt possible avec une équipe pluridisciplinaire
- s'appuie sur un véritable schéma thérapeutique avec un plan dégressif s'il prescrit des stupéfiants de substitution et/ou des psychotropes
- garde à l'esprit un objectif de sevrage, même si le sevrage complet ne peut pas être atteint chez tous les patients et même si certains présentent des rechutes de leur toxicomanie.

Grâce à l'énorme travail de nombreux confrères généralistes et d'experts, vous avez en mains un **ouvrage de base et de consensus**. Ce document n'a d'autre ambition que d'être un point de départ ; il doit être suivi et complété par le résultat des réflexions et si possible par les recherches des experts et des gens de terrain, ainsi que par des décisions politiques.

Nous vous invitons cordialement à rester vigilants, à répondre au mieux aux besoins des patients.

Dr Paul DIRICK

Vice-Président de la Commission Méd. Provinciale de Liège
rue des Vennes, 165, B- 4020 Liège, tél. 04. 344 94 02

Avertissement

Ceci est - au choix du lecteur - un abrégé d'**information** ou de **formation**... Aucun abrégé de ce genre n'est ni complet, ni parfait, ni totalement mis à jour pour l'ensemble des connaissances et des expériences présentées à la réflexion. C'est pourquoi nous l'avons réalisé sous forme de **codex**, c'est-à-dire d'un cahier à feuilles mobiles et évolutives.

Avant tout, nous avons voulu que cet ouvrage soit ébauché par des acteurs de première ligne et construit comme un **outil de terrain**. Cependant, nous avons veillé aussi à signaler quelques **pistes de réflexion** plus théoriques, dans cette matière si étendue et si mouvante située aux confins de la médecine, de la psychologie, de la sociologie et de la neurobiologie.

Nous espérons que le lecteur, parvenant avec courage au bout de ces quelques pages, ne nous tiendra pas rigueur de ne lui avoir fourni qu'une tentative de **crystallisation de savoir et de savoir-faire**...

*Quant au **savoir-être** – au moins aussi important – il ne se trouve certes pas dans un livre, mais peut se découvrir dans les groupes d'**intervision** entre thérapeutes et surtout se peaufiner chaque jour au contact de nos pairs, les **êtres humains**.*

Le directeur de la rédaction étudiera avec intérêt les témoignages, suggestions ou critiques que formuleront les utilisatrices et utilisateurs de cet abrégé : nous espérons que de tels **échanges** constitueront une partie importante de la future édition qui évoluera interactivement... grâce à vous. *Nous savons déjà que nous pouvons compter sur vous.*

Dr Jean-Georges ROMAIN

Correspondance

Dr Jean-Georges ROMAIN
rue de la Paix, 10
B- 4130 Esneux (Belgique)

GSM : 0475. 78 34 20 (de 8h à 18h)

tél.: 04. 380 44 20 (de 18h à 20h)

e-mail : jg.romain@skynet.be

1^e Partie : Les Drogues

L'usage des **drogues** par l'**humain** apparaît universel et remonte à la plus haute antiquité voire à la préhistoire, comme l'ont montré différentes découvertes archéologiques...

1.1 Quelques définitions préliminaires : *psychotrope, toxicomanie, toxicodépendance, drogue, stupéfiant...*

Psychotrope

Pratiquement toutes les cultures font appel à des **psychotropes**, des **substances capables de modifier le psychisme et le comportement**, en agissant directement sur le système nerveux central (SNC) de ceux qui les consomment. (SILLAMY, 1995, p. 211)

L'usage traditionnel de ces psychotropes est, selon les cas, **occasionnel, ritualisé** à l'occasion de certaines cérémonies ou **fréquent** et faisant largement partie des us et coutumes d'une culture déterminée, en tant qu'**aliments** ou **médicaments**.

Au début de l'histoire humaine, ces psychotropes étaient presque exclusivement issus de **végétaux** (sauvages puis cultivés), et c'est seulement au XIX^e et au XX^e siècle qu'en débiteront la semi-synthèse ou la synthèse en **chimie** organique...

Pharmacomanie et pharmacodépendance

Lorsque l'usage d'un **médicament** (pharmacopragie) devient abusif – on parle ici de **pharmacomanie** – il expose les utilisateurs de ce produit, ou du moins certains d'entre eux, à un état d'asservissement que l'on appelle alors **pharmacodépendance**.

La *pharmacodépendance* peut être définie comme « *un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et quelquefois d'éviter les malaises de privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.* » (OMS 1979)

Toxicomanie et toxicodépendance

Au terme de médicament (trop limitatif au domaine médical), il conviendrait peut-être de préférer celui de **drogue**, non pas dans le sens restrictif et ambigu que donne à ce mot la plupart des dictionnaires, mais bien dans le **sens plus large** que lui attribue E. J. ARIENS à savoir : *tout composé qui induit un effet sur un site biologique.* Une telle définition se rapproche, en la clarifiant croyons-nous, de celle dont il est fait état dans le rapport des Communautés Européennes, à savoir que le mot *drogue* y désigne « *toute substance illégale, chimique ou dérivée d'une plante, pouvant faire subir à son utilisateur une modification physique, mentale ou émotionnelle.* » L'adjectif "illégal" passe toutefois sous silence qu'il existe plusieurs substances "légales" (l'alcool, le tabac, etc.) répondant tout aussi bien à la définition de *drogue* !

Ce passage du mot *médicament* au terme *drogue* permet par ailleurs de passer de la notion de pharmacomanie à celle de **toxicomanie**, et de la pharmacodépendance à la **toxicodépendance**. Ces différents mots ne sont pas fondamentalement différents sur le plan étymologique, mais la notion de "toxique" nous semble plus culpabilisante et peut-être moins agréable à supporter ou à admettre ! (NOIRFALISE, 1994)

Drogue

Après tous ces préambules, nous en arrivons à définir le mot "**drogue**": c'est **une substance psychotrope, naturelle ou synthétique, susceptible d'engendrer une dépendance**. (SILLAMY, 1995, p.83)

Étymologiquement parlant, le mot français *drogue* pourrait être issu du néerlandais *droge vat*, « tonneau sec » (*droge* signifiant ici « produits séchés »), de l'arabe *durawa*, « balle de blé » ou du latin *derogare*, « ôter, diminuer la valeur de ». Le mot *drogue* apparaît dans notre langue à la fin du XV^e siècle (de même que ses dérivés *droguiste*, *droguerie*, etc.). Au sens de *stupéfiant*, qui nous intéresse ici, il serait apparu pour la première fois sous la plume de COLETTE en 1913... (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 19)

Dans le présent abrégé, nous conviendrons de ne parler que des **drogues psychotropes**, étant entendu qu'il s'agit d'un groupe de produits dont le nombre dépasse largement celui des *médicaments* psychotropes. Dans les pages qui suivent, par souci d'allègement du texte, on sous-entendra donc toujours l'adjectif *psychotrope* quand on parlera de **drogue**.

Stupéfiant

Les **drogues** (psychotropes) *sont des substances qui agissent sur le système nerveux central et sur les sensations, le comportement ou la conscience humaine, et dont l'usage occasionne **des désagréments ou des dommages à l'individu ou à la société.*** (Ministère de l'Intérieur, 1995)

Par souci d'autodéfense, la plupart des sociétés ou états a ainsi établi une liste de "**stupéfiants**": ceux-ci peuvent être définis comme étant des **produits dont la production, le transport et la distribution sont soumis à des règles particulières** sur lesquelles un consensus a été obtenu, non seulement au niveau national et communautaire, mais encore au niveau mondial. Chaque pays ou région respectera cette **législation** dans la mesure où ses préoccupations économiques ou autres le lui permettent. (NOIRFALISE, 1994)

On peut ainsi classer les drogues en **légales** (ou **licites**) et **illégalés** (ou **illicites**), cette distinction variant d'un pays à l'autre en fonction de la législation et des coutumes.

Inégalité devant la dépendance...

Nous insisterons par ailleurs sur la notion de « **susceptible d'entraîner une dépendance** ». Pas plus dans ce domaine que dans d'autres, les êtres humains ne sont égaux vis-à-vis de cette **perte d'autonomie potentielle**. Tandis que certains pourront, presque impunément, se rouler dans la drogue sans grand risque de dépendance, d'autres y succomberont simplement après un traitement médical quelque peu prolongé.

En fonction d'une histoire personnelle ("analysable") ou d'un hasard génétique, ne devient pas toxicodépendant qui veut. S'il est vrai que chacun peut tomber dans une "dépendance" sans présenter nécessairement un degré de **toxicophilie** important, il est tout aussi constant

- que l'attrait du cannabis n'est pas le même pour tout le monde
- que tout buveur d'alcool ne devient pas *ipso facto* "dipsomane" ou "alcoolomaniac"
- que toute ingestion de barbituriques ou de benzodiazépines ne condamne pas nécessairement celui qui l'a fait à poursuivre cette consommation tout en augmentant les doses, jusqu'à la fin d'une vie qui risquerait d'être raccourcie...

(NOIRFALISE, 1994)

En fait « ***il n'existe ni drogué type, ni drogue fixe*** : *il n'y a donc pas de solution simple, mais des solutions multiples, très variables dans le temps, selon les états, en fonction des différences culturelles, individuelles et collectives.* » (Parlement Européen, 1986).

On n'a pas tout dit et compris lorsqu'on a défini une toxicodépendance et que l'on a dressé l'inventaire des facteurs d'asservissement. A côté – ou en face – du **produit**, il y a un **individu** utilisateur de drogue et leur rencontre s'opère dans un **environnement** dont l'influence peut aussi être déterminante...

Références

ANSSEAU M., D'HAENEN H. et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

NOIRFALISE A., Université de Liège, Faculté de Médecine, Département de Toxicologie et Bromatologie, rue de l'Hôpital, 3, Bâtiment B-23,

Sart Tilman, B- 4000 via Liège 1, 1994.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.2 Les différentes drogues : *pharmacologie, clinique, sevrage, biologie.*

1.2.0 Généralités sur les drogues

• Schématiquement, les **drogues psychotropes** susceptibles d'entraîner une dépendance peuvent être classées "**légalement**" de la manière suivante :

1. les **stupéfiants** et les **produits assimilés**, c'est-à-dire les produits décrits en Belgique dans :

- la **loi du 24.02.1921** concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques
- l'**arrêté royal (A.R.) du 1.12.1930** et les les arrêtés ultérieurs concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes
- l'**A.R. du 2.12.1988** et les arrêtés ultérieurs réglementant certains psychotropes et qui, avec des réserves et aménagements, rendent la législation des stupéfiants applicable à bon nombre de produits ou de groupes de produits

2. certains **médicaments**, légalement parlant non stupéfiants, psychotropes ou non

3. les **drogues dites sociales** (café, tabac, alcool, etc.).

• Dans les pages suivantes, les drogues (psychotropes) seront classées (assez arbitrairement) selon la **clinique**, ce qui nous semble plus intéressant pour le médecin ou le thérapeute.

Classiquement, on peut ainsi distinguer cliniquement des psychotropes

- **sédatifs** ou **psycholeptiques**
- **stimulants** ou **psychoanaleptiques**
- **hallucinogènes** ou **psychodysleptiques**.

Certaines drogues peuvent toutefois être plus difficiles à classer :

- pour certaines, **l'effet varie avec la dose** utilisée, par exemple effet stimulant à faible dose et effet sédatif à forte dose

- pour d'autres, **l'effet varie dans le temps**, par exemple après une excitation, une phase de sédation (alcool, héroïne I.V. ...)

- d'autres enfin entraînent simultanément **un mélange d'effets**

- sédatif + hallucinogène (par ex. le cannabis)

- stimulant + hallucinogène (par ex. l'ecstasy)...

• Nous voulons insister sur le fait que tout n'est pas dit sur les dépendances lorsqu'on a dressé l'inventaire des produits... Il est important d'**éviter tout étiquetage** hâtif où le symptôme – ou l'usage de telle ou telle drogue – définirait la maladie ou la toxicomanie. Cette manière de voir ne traduit pas les causes fondamentales d'une utilisation. Certains individus peuvent entretenir un rapport expérimental ou de plaisir avec le produit ; d'autres espèrent ou croient y trouver une solution à l'une ou l'autre souffrance... Aussi conviendra-t-il toujours d'**évaluer le pourquoi** de la consommation, la **fonction psychologique du toxique !**

Références

ANSSEAU M., D'HAENEN H. et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

LEWIN L., - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de

THULLIER J.,

éd. Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

1.2.1 Les drogues sédatives

1.2.1.1 Les calmants et somnifères

Dans cette classe thérapeutique on trouve actuellement trois groupes chimiques et pharmacologiques :

- a. les benzodiazépines
- b. les barbituriques
- c. le méprobamate.

Effets recherchés

A dose faible, les calmants – tout comme l'alcool – affectent d'abord les circuits neuronaux inhibiteurs : les effets observés (et recherchés par les utilisateurs) comprennent : une **anxiolyse**, une **désinhibition**, une certaine **euphorie**...

A dose plus forte, les effets observés et recherchés sont **sédatifs et somnifères**. Il s'agit ici d'une inhibition des neurones excitateurs. (GOODENOUGH et al., 1998, p. 229)

Facteurs sociaux

Beaucoup de calmants sont prescrits par les médecins.

Nous vivons dans un climat général culturel encourageant la prise de "pilules" pour tout et pour rien. Dans notre culture, il est normal de recourir à l'ingestion de médicaments pour modifier un état interne que nous ressentons comme pénible. Ces produits pharmaceutiques échappent aussi progressivement à la prescription médicale pour devenir plus ou moins d'usage courant (BLOCH, 1970, pp.10 et 41) et envahir le marché parallèle des dealers de drogues : à Liège en 2002, un "Roche" (c'est-à-dire un comprimé de flunitrazépam ou Rohypnol[®] 1 mg) coûte environ 1 € dans la rue... Certains médecins (heureusement minoritaires) acceptent sans sourciller de prescrire le flunitrazépam réclamé par l'utilisateur.

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

GOODENOUGH J., WALLACE R., MCGUIRE B. - *Human Biology*, Saunders College Publishing, Orlando, Florida, 1998. 629 p.

a. Les benzodiazépines

Classification clinique

Toutes les benzodiazépines sont des psycholeptiques, donc des dépresseurs du système nerveux central (SNC), mais avec des nuances qui permettent de distinguer des benzodiazépines à **action** préférentiellement :

- **anticonvulsivante** (antiépileptique) : clonazépam (Rivotril[®]), diazépam (Valium[®])
- **myorelaxante** (diminution du tonus musculaire) : diazépam (Valium[®])
- **anxiolytique** : bromazépam (Lexotan[®], Anxiocalm[®], Bromidem[®], Bromatop[®], etc.)
- **hypnotique** : nitrazépam (Mogadon[®], Nitraphar[®]), flunitrazépam (Rohypnol[®], Hypnocalm[®]), triazolam (Halcion[®]), midazolam injectable utilisé en anesthésiologie (Dormicum[®])
- **tranquillisante** : clobazam (Frisium[®]), diazépam (Valium[®]), oxazépam (Seresta[®], Tranquo[®], Oxaphar[®])

Les benzodiazépines sont **peu toxiques** *aux doses usuelles* et ont donc – à juste titre – pratiquement remplacé les barbituriques dans toutes leurs indications médicales et psychiatriques.

Classification pharmacodynamique

La durée d'action de ces médicaments dépend de la "demi-vie" de la molécule et de la formation ou non de métabolites actifs.

Comme les barbituriques, les benzodiazépines présentent des variantes importantes dans leurs propriétés pharmacocinétiques ; ceci permet de les classer en :

- à action longue (demi-vie supérieure à 24 h) : clobazam (Frisium[®]), clonazépam (Rivotril[®]), diazépam (Valium[®]), etc.

- à action intermédiaire (demi-vie de 5 à 24 h) : alprazolam (Xanax[®], Alpraz[®]), bromazépam (Lexotan[®], etc.), brotizolam (Lendormin[®]), clotiazépam (Clozan[®]), flunitrazépam (Rohypnol[®]...), loprazolam (Dormonoct[®]), lorazépam (Temesta[®], Serenase[®], Lauracalm[®], Loridem[®]...), lormétazépam (Loramet[®], Noctamid[®], Stilaze[®]...), oxazépam (Seresta[®]), temazépam (Normison[®], Levaxol[®]...), etc.

- à action courte (demi-vie inférieure à 5 h) : triazolam (Halcion[®]), etc.
- à action ultracourte (pour une sédation ou une anesthésie de quelques minutes) : midazolam I.V. (Dormicum[®])

Effets à court terme

1. du point de vue psychique

- Dans une première phase, à faible dose, les benzodiazépines ont une influence sur le comportement : légère **ébrriété**, **euphorie** “douce”, surtout visibles avec des produits à durée d’action courte ou moyenne : Rohypnol[®], Lexotan[®], etc. Pour cet effet enivrant (ou inébriant) – qui correspond à un “pic” initial de concentration sérique – une **tolérance** s’installe en quelques semaines, d’où la tentation d’escalade de la dose de Rohypnol[®] par exemple.

Par ailleurs les benzodiazépines à longue durée d’action (ex.: Rivotril[®]) ne produisent généralement pas de pic sérique initial et donc pas d’ivresse ou de “flash” euphorique. Dans notre expérience, il est clair qu’un toxicomane qui a le choix entre un comprimé de Rivotril[®] et un comprimé de Rohypnol[®], préférera pratiquement toujours le Rohypnol[®], ce dernier médicament faisant l’objet de plus d’abus que les autres benzodiazépines, du moins dans notre région liégeoise...

- Dans une deuxième phase (ou première phase pour les produits à demi-vie longue), apparaissent des effets **tranquillisants**, **anxiolytiques** et **hypnotiques**, d’intensité différente selon la molécule, selon la dose et selon la sensibilité individuelle (très variable). Pour ces effets aussi, une **tolérance** s’installe après quelques semaines d’utilisation, ce qui en fait des sédatifs ou des hypnotiques valables seulement en utilisation *de courte durée*.

Les benzodiazépines ne sont pas dotées par elles-mêmes d’effet antidépresseur, mais – en association avec un antidépresseur – elles peuvent lever les symptômes d’anxiété accompagnant une dépression.

Comme *exception au “dogme” de toujours préférer une monothérapie*, nous *déconseillons l’usage d’une benzodiazépine seule chez le déprimé* (notamment chez l’utilisateur de drogue déprimé) pour les raisons suivantes : les benzodiazépines provoquent une **levée des inhibitions**, un gommage des interdits sociaux et parfois une **facilitation du passage à l’acte auto-agressif** ; on note en effet une lyse “efficace” de tous les types d’anxiété... y compris de l’angoisse de mort et donc une **facilitation de la tentative de suicide** !

Certains ont décrit aussi une **facilitation de comportements délinquants ou hétéro-agressifs** (prise délibérée de Rohypnol[®] avant un cambriolage par exemple), avec parfois **amnésie rétrograde** des actes commis sous l’influence des benzodiazépines (ce qui par ailleurs ne constitue pas une cause d’excuse judiciaire)...

- **Somnolence**, fatigue, hébétude, **diminution** de l’attention, de la concentration et **des réflexes**, **amnésie** (« **trous de mémoire** »)... sont des **effets secondaires** psychiques visibles en intoxication aiguë, parfois à dose normale *surtout en début d’utilisation* (VERGAUWE, 1998, p.16), parfois comme *effets résiduels* de leur utilisation comme hypnotique.

Ces effets secondaires peuvent représenter un risque pour la conduite automobile ou l’utilisation d’outils dangereux. (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.129)

- Une sédation exagérée et de longue durée peut se manifester aussi en cas d’emploi de *doses élevées*, chez les personnes âgées, en présence d’**affections hépatiques** et/ou de **polytoxicomanie**, (prise concomitante d’autres médicaments ou drogues à effet dépresseur du SNC ou d’alcool).

- Le **surdosage** en benzodiazépine (prise seule) aboutit à de la **somnolence**, de la **confusion mentale**, mais rarement à de la dépression respiratoire et au coma. En cela, les benzodiazépines en monothérapie sont certainement des produits plus sûrs que leurs précurseurs les barbituriques...

Une **issue fatale** à l’*overdose* n’est à craindre qu’en cas d’**absorption simultanée** d’autres substances à effet dépresseur de l’automatisme respiratoire (alcool, polytoxicomanie, etc.), ou en présence d’une pathologie sous-jacente. (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.129)

- Des **réactions paradoxales** s'observent chez moins de 1 % des consommateurs de benzodiazépines mais peuvent être spectaculaires : stimulation psychique, agitation, **angoisse**, **insomnie** aggravée, crise de fou-rire... et même **agressivité**.

Ces réactions paradoxales semblent *plus fréquentes* avec les benzodiazépines à courte durée d'action : triazolam (Halcion[®]), midazolam I.V. (Dormicum[®])... (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.130). Les réactions paradoxales se voient néanmoins avec toutes les benzodiazépines, et nous les avons assez souvent rencontrées avec le diazépam (Valium[®]) en injection I.V.

2. du point de vue physique

Effets **antiépileptiques** (Valium[®], Rivotril[®]), **décontracturants** musculaires (Valium[®]), utilisés en clinique.

Céphalées, **xérostomie**, **hypotonie** musculaire, **vertiges**... sont des effets secondaires physiques visibles surtout en début d'utilisation.

L'incoordination motrice, la diminution des réflexes, la faiblesse musculaire et les vertiges peuvent entraîner **des chutes** (avec **fractures**) chez les personnes âgées et chez les utilisateurs abusifs de benzodiazépines...

Ataxie, dysarthrie, troubles de la vision, syncope, hypotension, leucopénie, altérations de la fonction hépatique, réactions allergiques ou ulcères cutanés... se voient plus rarement.

(VERGAUWE, 1998, p.16)

Effets à moyen et à long terme

En usage chronique ou abusif, des **effets secondaires** gênants se voient parfois : **somnolence**, **amnésie**, **diminution de la puissance sexuelle**... (SILLAMY, 1995, p. 265)

Les benzodiazépines induisent une **pharmacodépendance psychique** (analogue à celle des barbituriques), *parfois* une **tolérance** et *parfois* une **dépendance physique**, après quelques semaines d'utilisation ; cette dépendance physique éventuelle aux benzodiazépines est toutefois plus légère que celle des barbituriques.

Il est à noter que la tolérance porte à la fois sur les effets thérapeutiques et sur les effets indésirables. (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.129)

Chez le consommateur de benzodiazépines, une **tolérance croisée** s'installe aussi : la tolérance à un sédatif réduit ainsi la réponse à d'autres sédatifs. Cette tolérance se développe parce que le foie produit plus d'enzymes détoxifiant la benzodiazépine ainsi que d'autres sédatifs, et – dans une certaine mesure – parce que les neurones deviennent moins sensibles à la drogue.

Quand la tolérance grandit, le risque d'overdose s'aggrave. Des doses toujours plus importantes sont nécessaires pour atteindre l'effet sédatif, mais les neurones des centres respiratoires – eux – restent toujours sensibles à la même dose létale... (GOODENOUGH et al., 1998, p. 229)

Syndrome de sevrage

Des symptômes de sevrage *peuvent* survenir à l'arrêt des benzodiazépines, et semblent *plus prononcés* à l'arrêt des substances à courte durée d'action : triazolam (Halcion[®]), midazolam I.V. (Dormicum[®]) : (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.130)

1. du point de vue psychique

Angoisse, insomnie, dépression nerveuse.

Troubles de la perception, phobies.

Réactions maniaques et autres réactions psychotiques.

L'inconfort du syndrome de sevrage peut amener certains usagers à reprendre l'abus de benzodiazépine...

2. du point de vue physique

Les **convulsions**, les **tremblements** bucco-faciaux et des extrémités survenant au sevrage attestent de la présence éventuelle d'une dépendance physique.

Le risque d'**épilepsie de sevrage** est courant lors d'un arrêt brutal. On recommandera donc plutôt une **diminution progressive** des benzodiazépines lors du sevrage (à raison de 10 à 20 % *par semaine*), et/ou la substitution par une **benzodiazépine à demi-vie longue** et à effet **anticonvulsivant** comme le diazépam (Valium[®]) ou le clonazépam (Rivotril[®]).

Références

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Inspection Générale de la Pharmacie, Bruxelles, 1998.

GOODENOUGH J., WALLACE R., MCGUIRE B. - *Human Biology*, Saunders College Publishing, Orlando, Florida, 1998. 629 p.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

VERGAUWE A. et alii, - *Medex-Medasso ; Pocket*, ICS, Bruxelles, n° 6, 1998, 23 p.

b. Les barbituriques

Pour les amateurs d'histoire, signalons que le nom de "barbiturique" leur a été donné parce qu'ils ont été découverts en 1864 le jour de la Sainte-Barbe !

Pharmacologie et neurophysiologie

Au point de vue pharmacodynamique, on peut distinguer des barbituriques :

- à action prolongée : barbital, phénobarbital (Gardenal[®]), méthylphénobarbital, brallobarbital
demi-vie : 50 à 140 heures
- à action intermédiaire : amobarbital, butobarbital, vinbarbital
demi-vie : 20 à 40 heures
- à action brève : cyclobarbital, pentobarbital, sécobarbital
demi-vie : 8 à 20 heures
- à action ultra-rapide : thiopental (Pentothal[®], Nesdonal[®]), méthohexital
(utilisés en anesthésiologie) (VERGAUWE, 1998, p.15)

Il existe des **associations** de plusieurs barbituriques (préparations **magistrales** et quelques spécialités jusqu'en 1999 : Bellanox[®], Octonox[®]); il existait aussi des associations de barbituriques à d'autres produits psychotropes, par exemple le Vesparax[®], qui était à classer parmi les médicaments les plus recherchés par les toxicomanes et polytoxicomanes liégeois ; malgré le retrait du Vesparax[®] du marché pharmaceutique en 2000, des prescriptions magistrales comparables au Vesparax[®] circulent toujours sur le marché noir des drogues en 2003...

Dans le domaine médical, les barbituriques à longue durée d'action sont encore employés de temps en temps comme **anti-épileptiques** (phénobarbital ou Gardenal[®] par ex.); les substances à durée d'action très courte (thiopental, méthohexital) sont encore utilisées en anesthésiologie comme inducteurs de la **narcose**.

Quant aux indications des barbituriques comme **sédatifs**, **anxiolytiques** ou **hypnotiques**, elles ont presque complètement disparu, au vu de leur toxicité en cas de surdosage et des risques non négligeables de pharmacomanie et de pharmacodépendance. Ces dernières utilisations des barbituriques **devraient être totalement abandonnées**. (*Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.135*)

Les barbituriques devraient être complètement délaissés en tant que somnifères, parce que le sommeil qu'ils induisent n'est pas un sommeil normal : les phases de sommeil

paradoxal (et donc de rêve) sont raccourcies voire supprimées. (GOODENOUGH et al., 1998, p. 230)

Effets à court terme

- À dose non somnifère mais suffisante, les barbituriques occasionnent un état d'**ivresse** analogue à l'ébriété provoquée par l'alcool éthylique.
- À dose plus importante, les principaux symptômes sont :
 - la torpeur (**sédation** excessive),
 - le ralentissement de l'idéation pouvant aller jusqu'à la **confusion** mentale,
 - des troubles de la **coordination motrice** et des troubles de l'**équilibre** (**vertiges**),
 - de l'**instabilité d'humeur**, des modifications de l'humeur : émotivité, **irritabilité**, **agressivité** (SILLAMY, 1995, p.32) ; de plus, les barbituriques actualisent et amplifient les traits dominants de la personnalité.
 - parfois des **réactions paradoxales**, notamment une **agitation** désordonnée (en particulier chez les enfants et les personnes âgées). (VERGAUWE, 1998, p.15)
- En cas de surdosage, par exemple en cas de tentative de suicide, le sujet entre dans le **coma** et la mort peut survenir par **dépression respiratoire** ou **collapsus cardiovasculaire** (*Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.135*) ou dans les jours qui suivent par **défaillance rénale**.

Le risque de dépression respiratoire par *overdose* est particulièrement important avec les barbituriques, notamment parce que la dose létale est seulement trois fois plus élevée que la dose "thérapeutique". (GOODENOUGH et al., 1998, p. 230)

Quel que soit leur type d'activité, les barbituriques sont les psycholéptiques (les dépresseurs du SNC) les plus redoutables quant à la gravité de leur intoxication aiguë. Cette **dépression du SNC** due aux barbituriques est encore **accrue en cas d'association** à d'autres drogues psychotropes ou **dépresseurs centraux** tels que l'alcool, les benzodiazépines ou l'héroïne (polytoxicomanie, certains types de suicides, etc.)... Les barbituriques sont particulièrement dangereux car ils **potentialisent** l'action des autres drogues et de l'**alcool**. (VERGAUWE, 1998, p.15)

Effets à moyen terme

La consommation des barbituriques conduit à un état de **pharmacodépendance psychique et physique**, d'une gravité comparable à celle entraînée par les dérivés morphiniques, et à l'installation d'une **tolérance**.

N.B.: *si la **tolérance augmente**, la **dose mortelle reste toutefois identique** pour un même individu. **Le danger des barbituriques augmente** donc pour un toxicomane au fur et à mesure que la **tolérance s'installe**, puisqu'il **se rapproche de plus en plus de la dose mortelle**.* (NOIRFALISE, 1994)

L'usage abusif des barbituriques va souvent de pair avec l'usage abusif d'autres drogues psychotropes. Par exemple à Liège, les polytoxicomanies « héroïne + **Vesparax**[®] + Rohypnol[®] » étaient monnaie courante jusqu'en 2000.

Effets à long terme

La symptomatologie psychique chronique du "barbituromane" se caractérise par :

- des troubles de l'humeur et du caractère : **irritabilité** et manifestations **agressives** vis-à-vis de l'entourage
- diminution de l'affectivité et du sens éthique
- diminution du rendement social.

Il peut survenir des épisodes aigus d'état d'**excitation** psychique, avec **confusion** et **onirisme**.

A cela s'ajoutent des signes somatiques :

- des **réactions allergiques** généralement cutanées : **prurit** et **éruptions** diverses
- des **douleurs** diffuses
- une atteinte fonctionnelle et apparemment transitoire du **foie** et des **reins**.
- une **augmentation du métabolisme** (et donc une diminution d'activité) de différents **médicaments** (par induction enzymatique hépatique) : anticoagulants oraux, vitamines K et D, bêtabloquants, contraceptifs oraux, corticoïdes, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, digitoxine, doxycycline, phénytoïne, théophylline, paracétamol. (VERGAUWE, 1998, p.15)

Des effets **tératogènes** ont été décrits mais restent discutés. Les barbituriques passent **dans le lait** maternel où ils peuvent atteindre des concentrations élevées. Chez le

nouveau-né, les barbituriques peuvent provoquer des troubles de la coagulation, des hémorragies, de l'hypotonie et même un syndrome de sevrage. (VERGAUWE, 1998, p.15)

Syndrome de sevrage

Anxiété, tremblement, syncopes, apparition de **crises convulsives**. Vers le 4^e ou 5^e jour, apparition d'un **tableau délirant** et hallucinatoire.

Le syndrome de sevrage aux barbituriques doit absolument se traiter **en milieu hospitalier** : la vie de l'individu est en effet en jeu. (GERVAIS, 1994, p. 203)

Références

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Inspection Générale de la Pharmacie, Bruxelles, 1998.

GERVAIS Y., - *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*, éd. L'Harmattan, coll. Pratiques sociales, Paris, 1994, 217 p.

GOODENOUGH J., WALLACE R., MCGUIRE B. - *Human Biology*, Saunders College Publishing, Orlando, Florida, 1998. 629 p.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988.

NOIRFALISE A., Université de Liège, Faculté de Médecine, Département de Toxicologie et Bromatologie, rue de l'Hôpital, 3, Bâtiment B-23,

Sart Tilman, B- 4000 via Liège 1, 1994.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

VERGAUWE A. et alii, - *Medex-Medasso ; Pocket*, ICS, Bruxelles, n° 6, 1998, 23 p.

c. Le méprobamate

Pharmacologie

En 2002, le méprobamate est toujours vendu en Belgique sous les noms de **Pertranquil**® et **Reposo Mono**®, et en préparation magistrale. En France, le méprobamate est commercialisé sous le nom d'**Equanil**®.

Ce psycholeptique est un carbamate utilisé principalement comme **tranquillisant**.

La vente de ce produit a attendu longtemps avant d'être réglementée, et cela bien que l'on sût qu'il entraîne des **dépendances** physiques et psychiques sévères. Il a surtout été utilisé en médecine avant la découverte des benzodiazépines.

Effets à court terme

Somnolence, diminution de l'attention, de la concentration et des réflexes.

La prise aiguë d'une dose excessive de méprobamate est dangereuse. La "posologie" devrait être réduite chez les personnes âgées.

L'utilisation de méprobamate peut **diminuer la tolérance à l'alcool** et aux autres dépresseurs du SNC.

Effets à long terme

La consommation prolongée de méprobamate peut entraîner une **dépendance physique**, une **dépendance psychique** et un **syndrome de sevrage** lors de l'interruption.

Le méprobamate peut provoquer une atteinte des **fonctions hépatiques, rénales** et une induction enzymatique altérant le **métabolisme des médicaments** concomitants. Il serait tératogène dans l'espèce humaine ; il passe dans le lait maternel : sédation et troubles digestifs ont été décrits chez le nouveau-né. (VERGAUWE, 1998, p.20)

Références

Centre Belge d'Info. Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Heymans Instituut, Gand, , 1998.

VERGAUWE A. et al., - *Medex-Medasso ; Pocket*, ICS, Bruxelles, n° 6, 1998, 23 p.

1.2.1.2 L'alcool

Épidémiologie

Quelques chiffres pour rappeler l'énormité du problème, par exemple en France :

- **consommation** : en 1985, la consommation d'alcool (pur) y était de **20 litres par an, par habitant de plus de 20 ans**. Cette statistique situe les Français à la première place des buveurs d'alcool dans le monde...

- **morbidité** : en 1993, sur 60 millions de résidents en France, on compte 2 millions de malades alcooliques, dont 600.000 femmes ; c'est-à-dire environ **un adulte sur 20** ; en 1982, *un tiers* des admissions (35 %) dans les **hôpitaux psychiatriques** était diagnostiqué *alcoolisme chronique* ou *psychose alcoolique*

- **mortalité** : en 1993, *un tiers* des personnes qui meurent entre 35 et 50 ans sont, d'une manière ou l'autre, des victimes de l'alcoolisme ; si on totalise tous les décès liés à l'alcool, on obtient le chiffre de **10 % de la mortalité** globale, toutes causes confondues...

(SILLAMY, 1995, p. 12-13)

Effets recherchés

Pour se détendre psychiquement, pour surmonter des peurs, des angoisses ou des inhibitions, pour trouver une certaine euphorie (consommateurs modérés).

Pour faciliter les contacts en société.

Pour se sentir "adulte" ou se rebeller (adolescents surtout). (BLOCH, 1970, p.39)

Facteurs sociaux

Par habitude sociale et conformisme.

Publicité massive.

Obtention aisée. Drogue sociale licite...

Bon marché...

Effets à court terme

• En intoxication aiguë, l'alcool agit essentiellement sur le SNC. Son action est de type **anesthésique**, mais du fait de sa liposolubilité relativement faible, il n'agit comme tel qu'à de très fortes doses, et les différents stades classiques de l'anesthésie sont de ce fait très étalés dans le temps.

L'**ivresse** classique se divise en trois grandes phases successives :

- une phase caractérisée par une **excitation** des fonctions intellectuelles avec état d'**euphorie** (sensation de *bien-être*) ; une **levée des inhibitions**, une augmentation de la **confiance en soi** , avec parfois un sentiment trompeur de force et de puissance : à ce stade, l'homme n'est dangereux que pour lui-même, sauf s'il conduit un véhicule
- une phase de **perturbations psychosensorielles** génératrices d'actes antisociaux ou d'**accidents** ; l'homme devient dangereux non seulement pour lui-même mais aussi pour la société ; notons qu'à dose modérée d'alcool, ces perturbations psychosensorielles ne peuvent être mises en évidence que par des examens de laboratoire ; l'**attention** est affaiblie, les **réactions** sont plus lentes et le **rendement** objectif dans le travail, les **performances** sont diminuées. De nombreux **accidents du travail** (12 à 15 %) et de la **circulation** (40 à 50 %) sont imputables à l'abus d'alcool. (SILLAMY, 1995, p. 12)
- une phase d'**inhibition** ou d'**anesthésie** menant en cas de forte dose au **coma** éthylique et au décès.

Effets à moyen terme

L'usage abusif de l'alcool conduit à l'installation d'une **dépendance** psychique impérieuse, à une dépendance physique ainsi qu'à une **tolérance**, c'est-à-dire à une **toxicomanie «complète»** ; par ailleurs la **tolérance** à l'alcool **est croisée** avec d'autres psychotropes, comme les barbituriques et les benzodiazépines.

Il faut être conscient du **danger des associations** entre les tranquillisants ou autres psycholeptiques et l'alcool (*cocktails*).

Des jeunes de 13 à 14 ans "s'éclatent" en ingérant des barbituriques ou des benzodiazépines arrosés d'un verre de whisky et de quelques verres de bière...

Effets à long terme

Les **troubles mentaux et physiques** liés à l'**alcoolisme** sont bien connus des médecins et des psychologues et dépassent le cadre de cet abrégé...

Syndrome de sevrage

Des accidents physiques et psychiques graves (*delirium tremens*) à l'arrêt de l'alcool imposent pratiquement un **sevrage en milieu spécialisé**.

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

P.A.N. (*Project for Alcohol Network*), Prof. **BERTRAND J.**, Centre de Jour " *La Clé* ", boulevard de la Constitution, B- 4020 Liège
et

Dr **DOR B.**

LEWIN L., - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de

THUILLIER J.,

éd. Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem-Frison Roche, Paris, 1988.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.2.1.3 Les opiacés

a. Opium et dérivés naturels ou semi-synthétiques

Pharmacologie

L'**opium** est le suc coagulé obtenu spontanément des capsules du pavot somnifère (*Papaver somniferum*). Cet opium renferme principalement des alcaloïdes appartenant à deux familles chimiques :

1. les alcaloïdes à structure phénanthrénique : **morphine, codéine**, thébaïne, etc.
2. les alcaloïdes à structure isoquinoléïque : papavérine, narcotine, narcéïne, etc.

L'action de l'opium est différente de celle de ses constituants pris isolément, mais comme la morphine est de tous les alcaloïdes le plus important, c'est son activité qui représente à peu de choses près l'activité de la drogue entière.

L'**héroïne** et l'éthylmorphine (Codethiline[®]) sont des produits de synthèse ou de semi-synthèse obtenus à partir de la morphine ; de même, l'hydrocodone (Biocodone[®]) est un produit de synthèse ou de demi-synthèse dérivé de la codéine. L'héroïne est un analgésique plus puissant que la morphine, les autres sont surtout utilisés pour leurs propriétés antitussives.

A ce propos, il faut noter que les enfants sont particulièrement sensibles aux opiacés en général et à la codéine et à ses dérivés en particulier.

L'**héroïne** fournie par les trafiquants de drogues est l'**opiacé illicite le plus souvent utilisé** actuellement en Europe de l'Ouest ; c'est notamment **la drogue "dure" la plus consommée** dans la région de Liège.

Lors de la recherche d'une imprégnation par des **opiacés**, il faut être conscient que la présence de ceux-ci dans l'urine peut aussi bien résulter d'une consommation de codéine, de morphine, d'héroïne ou encore de méthadone... Pour préciser le diagnostic différentiel, on peut désormais faire appel à des tests urinaires plus spécifiques (par exemple Rapi-Test[®]).

Effets recherchés

Les **effets recherchés** sont très **variables** d'une personne à l'autre, souvent **multiples, intriqués**, combinant des motivations conscientes et inconscientes et **évoluant** dans le

temps. Il nous semble donc intéressant de réactualiser régulièrement le “pourquoi” de la consommation d’héroïne, la ou les fonctions du toxique...

- Les opiacés sont des analgésiques puissants ; le toxicomane en attend parfois « une **analgésie** », c'est-à-dire la **suppression du mal-être**, l'abolition d'une souffrance parfois physique mais plus souvent morale et difficilement supportable.

Deviennent *notamment* héroïnomanes des adolescents ou de jeunes adultes chez qui l'on retrouve souvent des antécédents de **souffrance morale** importante : parents décédés, suicides, abandons, carences affectives maternelles ou autres, absence du père, divorce des parents, sévices physiques, abus sexuels, histoires d'inceste, etc.

- L'état d'**euphorie** est aussi recherché ; sensation de torpeur douce, **volupté calme**, oubli complet de la réalité, du mal-être, surtout par l'héroïne **fumée**.

- D'autres utilisateurs attendent des opiacés une coupure du monde extérieur, un repli sur soi, une fuite de la réalité, un moyen de « **s'évader** ».

- Au début de la consommation, la motivation comprend souvent une recherche de **plaisir intense** : un “orgasme” vécu à l'intérieur du corps, un “flash” (ressenti surtout suite à une **injection I.V.**)

- Chez certains utilisateurs – bien au courant des risques encourus – s'y ajoutent une motivation de **recherche du danger**, un goût pour les « sports extrêmes », voire un plaisir de jouer sa peau dans cette sorte de « roulette russe » chimique...

- Certains consommateurs continuent l'héroïne même après l'apparition d'une tolérance et la disparition de tout plaisir, pour éviter les **réactions du sevrage**.

- Certains utilisateurs chroniques utilisent aussi l'héroïne comme **substitut de pulsions agressives ou sexuelles** (qui entraînent de l'angoisse) (BLOCH, 1970, p.41), ou comme **automédication** de la **dépression** du sevrage ou de **problèmes psychiatriques** révélés à l'occasion du sevrage.

Effets à court terme

Il est important de noter que l'héroïne utilisée est généralement d'origine illicite. Sa **composition est donc variable** et les additifs peuvent avoir des effets propres mal connus ou des effets paradoxaux, par exemple agitation et hyperactivité. La quantité

d'additifs peut aussi atténuer l'effet de la drogue et donc réduire l'intensité des symptômes de manque.

A l'inverse, l'utilisation de **produits plus purs**, par exemple des morphiniques obtenus ou volés en pharmacie, augmente le **risque de surdosage** ou *overdose* (*O.D.*).

En général, sous l'effet d'une consommation aiguë d'héroïne, on notera :

1. du point de vue psychique :

- une première phase (courte) d'**euphorie**, d'**agitation**, avec rarement délire et hallucinations
- suivie d'une deuxième phase montrant une importante **sédation** avec embarras de la parole et tendance au sommeil.

2. du point de vue physique :

- **myosis** parfois très serré
- **nausées** et vomissements (par stimulation de la zone chémosensible du bulbe), qui disparaissent souvent après quelques jours d'utilisation (installation d'une tolérance de ces « effets secondaires »...)
- **prurit** (chez les consommateurs par voie IV), réactions allergiques
- **dépression respiratoire** : ralentissement respiratoire (bradypnée), parfois dyspnée de Cheyne-Stokes (apnées intermittentes) et risque d'arrêt respiratoire : c'est l'O.D.
- **inhibition du réflexe de toux** (encombrement bronchique) et **dyspnée asthmatiforme** (surtout chez les *fumeurs* d'héroïne)
- **constipation**, spasme du pylore, hypertonie ou spasme des voies biliaires et du sphincter d'Oddi, rétention urinaire
- **hypotension** orthostatique, tachycardie...
- mais parfois hypertension intracrânienne, pouvant aggraver des troubles cérébraux préexistants. (VERGAUWE, 1998, p.21)

Effets à moyen terme

La consommation des alcaloïdes phénanthréniques (morphine, codéine, thébaine, héroïne...) conduit à un état de **dépendance psychique et physique** et à l'installation d'une **tolérance**.

Pour l'**héroïne**, la dépendance physique et psychologique survient **en quelques semaines...**

Effets à long terme

- **phlébites** et leurs séquelles, **embolies**, **abcès cutanés** et **viscéraux** (chez les *injecteurs* d'héroïne)
- **dyspnée** chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (**BPCO**), surtout chez les *fumeurs* d'héroïne
- **hépatites**, **HIV** surtout – mais pas exclusivement – chez les *injecteurs*
- altération de l'état général, **amaigrissement...**

Syndrome de sevrage

Les symptômes se manifestant au sevrage comprennent :

- **agitation**, **anxiété**, **insomnie**
- **douleurs** violentes musculaires (au dos, aux membres, etc.)
- douleurs violentes abdominales
- bâillements, hyperventilation
- **transpiration** abondante
- écoulement nasal et larmoiement
- **mydriase**

- **frissons, tremblements**
- **tachycardie**, hypertension artérielle
- **diarrhée**, parfois vomissements...

N.B. Ce syndrome de sevrage réalise ainsi le tableau en miroir des symptômes cliniques de l'intoxication aiguë par les opiacés.

b. Morphinomimétiques ou opioïdes

Pharmacologie et clinique

Parmi les nombreux morphinomimétiques on peut citer par exemple : le bézitramide (Burgodin[®], récemment retiré du marché belge), la **buprénorphine** (Temgesic[®] en Belgique, Subutex[®] en Belgique et en France), le dextromoramide (Palfium[®]), le dextropropoxyphène (Depronol[®]), le fentanyl et le sufentanil (Sufenta[®]) (utilisés en anesthésiologie), la **méthadone** (Mephenon[®]), la tilidine (Valoron[®]), etc.

La plupart de ces produits **morphinomimétiques** ou **opioïdes** sont les résultats de recherches tendant à trouver des analgésiques plus puissants que la morphine et/ou présentant moins de risques que celle-ci notamment sur le plan de la pharmacodépendance. Parmi ceux-ci, la **méthadone** et la **buprénorphine** (Temgesic[®], Subutex[®]) sont aussi préconisés comme **substituts** de la morphine et des autres opioïdes dans les cures de désintoxication.

La plupart de ces produits entraînent cependant des **dépendances** comparables à celle qu'entraîne l'usage de la morphine. Leur qualité de médicament les rend par ailleurs souvent plus accessibles que les opiacés dont il était question au point a. En 2000, suite à la disparition du Burgodin[®], le morphinomimétique désormais le plus *demandé* par les héroïnomanes liégeois est certainement la **méthadone**. Le Subutex[®] et le Valoron[®] sont aussi des analgésiques morphinomimétiques sur lesquels certains toxicomanes peuvent jeter leur dévolu, quoique bien plus rarement dans notre expérience.

c. Les antagonistes des opiacés

La nalorphine et la **naloxone** (Narcan[®]) sont des **antagonistes** de la morphine ; ils se fixent sur les mêmes récepteurs que la morphine sans entraîner les effets psychomimétiques de la morphine et la dépression respiratoire de celle-ci.

La naloxone peut être utile dans le **traitement des intoxications** aiguës par opiacés, par exemple pour combattre une dépression respiratoire. Le Narcan[®] doit donc être présent dans toute trousse de médecin susceptible de traiter une *overdose* (O.D.) Il faut se rappeler que l'administration de cette naloxone à un toxicomane chronique aux opiacés entraîne aussi des symptômes aigus de sevrage.

*L'effet des antagonistes est de plus courte durée que celui de la drogue agoniste ; en conséquence il faut **toujours hospitaliser en soins intensifs le patient en overdose** à qui l'on vient d'injecter un antagoniste de la morphine (et qui se réveille) : environ deux à trois heures après avoir reçu l'injection de l'antagoniste, il risque en effet de sombrer à nouveau en dépression respiratoire...*

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Heymans Instituut, Gand, Belgique, 1998.

LEWIN L., - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de

THUILLIER J.,

éd. Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988.

VERGAUWE A. et al., - *Medex-Medasso ; Pocket*, ICS, Bruxelles, n° 6, 1998, 23 p.

1.2.2 Les drogues stimulantes

Les produits stimulants du système nerveux central, ou psychotoniques, appelés aussi **psychoanaleptiques**, constituent un groupe hétéroclite sur le plan biochimique et comprennent notamment :

- les amines psychotoniques ou amphétamines, et les produits dérivés
- la cocaïne et sa forme particulière, le *crack*
- les nitrites d'amyle et apparentés
- la nicotine
- la caféine
- d'autres stimulants d'origine végétale : ephédrine, ginsengoïdes, etc.

1.2.2.1 Les amphétamines et leurs dérivés

Pharmacologie

Parmi les médicaments dérivés de l'amphétamine et autres psychoanaleptiques, on peut citer :

- l'amfépramone
- la fénétylline (Captagon[®])
- la phentermine
- la phénylpropanolamine
- la pémoline
- le prolintane...

En 2003, seule la spécialité Captagon[®] est encore disponible en Belgique.

Ces psychotropes sont des psychoanaleptiques - nooanaleptiques. En fonction de leurs caractéristiques propres, ces amines sont préconisées soit comme **stimulants**, soit comme **anorexigènes**.

Ces amines ont des doses thérapeutiques de l'ordre de 30 à 100 mg et des doses toxiques voire mortelles toujours supérieures à 100 à 200 mg.

La prise des stimulants (amphétaminiques ou apparentés) se fait par **ingestion** ou par **injection** I.V. (le "*speeding*")

Effets recherchés

L'usage des amphétamines et autres **stimulants** est relativement superposable à celui de la cocaïne tant pour le but recherché que pour les symptômes cliniques.

Pour être stimulé, pour diminuer la sensation de fatigue.

Pour atteindre un état d'euphorie.

Pour étudier ou travailler mieux ou plus longtemps, pour ressentir une impression de force.

Pour réaliser des performances (sportives ou autres).

Pour maigrir.

Effets à court terme

• Les principaux **dangers** et **effets toxiques aigus** des amines psychostimulantes et/ou anorexigènes comprennent :

1. du point de vue psychique :

- **excitation intellectuelle** ; si l'absorption d'amphétamine(s) augmente réellement les capacités de travail dans un premier temps, au-delà d'une certaine limite, l'excitation est telle que l'attention se disperse et que le rendement s'effrite (BLOCH, 1970, p.22)
- **agressivité ; confusion mentale** voire hallucinations (à forte dose)...
Un effet secondaire du même ordre, syndrome où prédominent **angoisse** et **idées de persécution**, est dénommé **effet "parano"** par les utilisateurs d'amphétamines eux-mêmes ; cet effet *parano* régresse généralement en *quelques heures* après l'intoxication (SILLAMY, 1995, p.18) et répond assez bien aux traitements neuroleptiques.
Dans certains cas plus durables – heureusement plus rares – on évoquera le diagnostic d'une "**psychose** " **amphétaminique**, et son tableau de **délire paranoïde**, avec **hallucinations** et éléments d'**automatisme mental** ; ce délire nécessite une hospitalisation, mais est aussi relativement **curable** (c'est-à-dire de meilleur pronostic que la paranoïa ou la schizophrénie paranoïde...)
- **inhibition du sommeil et recul de la sensation de fatigue** (qui est pourtant un signal d'importance vitale) ; le cerveau ne se rend plus compte de l'épuisement physique...

- **anorexie**

- on a décrit aussi (notamment chez des pilotes de chasse sous amphétamine) des **troubles** sensoriels, **cognitifs** et décisionnels :
perte de la vision globale périphérique, vision en “tunnel” ;
perte d’attention sur l’essentiel, fascination sur le détail ou le but à atteindre (« *target fascination* » parfois mortelle) ; confusion mentale, perte de cohérence décisionnelle et même oubli des procédures élémentaires de survie (comme redresser son avion à temps, sortir son train d’atterrissage...)

2. du point de vue physique :

- **vomissements**
- **dépression myocardique**

- En cas de surdosage :

- **collapsus cardiovasculaire**
- **convulsions, coma, mort...** « *speed kills* ».

C'est dire le **danger** important des amphétamines (surtout par voie **I.V.**)

Effets à long terme

Comme pour la cocaïne, il n'y a pas de syndrome physique d'abstinence, mais la **dépendance psychique** et le manque psychologique sont particulièrement intenses.

1. du point de vue psychique :

- risque de **pharmacodépendance** essentiellement **psychique** (plus rarement physique) avec comme **symptômes psychiques de sevrage** : **asthénie** profonde, **dépression** nerveuse...
- apparition rapide de **tolérance**
- les amphétaminiques peuvent révéler ou aggraver des **psychoses**, surtout en cas de surdosage et d'abus chronique.

2. du point de vue physique :

- grande **maigreur** pathologique, **épuisement** physique
- affections **cardiovasculaires**...

La prise chronique de *certaines* anorexigènes est désormais reconnue comme dangereuse : la fenfluramine et la dexfenfluramine ont par exemple été retirées du marché en 1997 en raison de problèmes cardiovasculaires : la fenfluramine s'est révélé provoquer une **hypertension artérielle pulmonaire** (Mc CANN U.D. *et al.*, in *JAMA*, 27 août 97) et l'*association* de fenfluramine et de phentermine (Ionamin[®]) a pu entraîner des malformations acquises graves des **valvules cardiaques**. (CONNOLLY, 1997)

Le dopage

Les effets psychiques des dérivés de l'amphétamine les ont longtemps placés en tête des drogues utilisées tant par **certains travailleurs** intellectuels ou manuels que par les **sportifs** en quête de succès.

La pratique du **dopage** est réprimée par la loi belge du 2.4.1965 dès lors que cette pratique consiste en « *l'utilisation de substances ou l'emploi de moyens en vue d'augmenter artificiellement le rendement d'un athlète qui participe ou se prépare à une compétition sportive, lorsque cela peut être nuisible à son intégrité physique ou psychique.* » Ce problème fait actuellement l'objet d'une réévaluation sur base de l'expérience du Comité International Olympique (C.I.O.).

Le Probenécid (dont il fut parfois question dans les affaires de dopage) n'est pas une amine psychostimulante mais un produit à effet antigoutteux, dont l'intérêt était de masquer la présence de certains agents dopants ou de rendre plus difficile leur détection...

Les produits de substitution des amphétamines

Certains produits de substitution des amines psychostimulantes doivent par ailleurs retenir l'attention : les « **look alike pills** » des américains qui renferment de la **caféine**, de l'**éphédrine**, et de la **phénylpropanolamine** souvent à des doses excessives.

Des **boissons** "énergisantes" contenant d'importantes doses de **caféine**, comme « *Red Bull* TM , *Virus* TM ... » ne sont pas sans danger...

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Heymans Instituut, Gand, Belgique, 1998.

CONNOLY H. et al. - *Valvular heart disease associated with Fenfluramine-Phentermine*, in *New Engl. J. Med.*, 28 août 1997.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem - Frison Roche, Paris, 1988.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.2.2.2 La cocaïne

Pharmacologie

La **coca** est constituée des **feuilles** du **cocaïer** (*Erythroxylon coca*), arbrisseau de 2 à 3 mètres de haut) connu au Pérou depuis l'ère précolombienne comme une plante sacrée et un aliment d'épargne. Mâchée, la coca conduit à la disparition des sensations de fatigue et de faim.

Il peut être important de différencier l'usage de la feuille de coca (usage "doux") en Amérique du Sud, de la cocaïnomanie, qui – elle – est une dépendance psychique forte à **la cocaïne**, alcaloïde extrait de la feuille et plus ou moins concentré.

Effets recherchés

La cocaïne est le plus souvent **inhalée** en prises, moins souvent fumée ou injectée.

L'effet attendu est une **stimulation** décrite comme fulgurante, un état d'**excitation** avec un sentiment d'alacrité, de **toute-puissance** mentale et physique. L'impression de fatigue, le besoin de sommeil sont instantanément balayés, ce qui permet de reculer ses limites horaires (profession, voyages, sorties...) : il s'agit donc souvent d'une drogue de **performance**.

Effets à court terme

Sous l'influence de la cocaïne, on note généralement :

1. du point de vue **psychique**, de l'**excitation** parfois euphorique, souvent agressive ; l'insomnie est la règle ; des idées **paranoïaques** peuvent germer (idées de persécution et angoisse ressemblant à l'effet "parano" dû aux amphétamines ; plus rarement, la cocaïne provoque des hallucinations (visions animées) et la sensation (assez pathognomonique) d'être **dévoré par des "parasites"** logés sous la peau... Ce sont d'ailleurs les seuls "insectes" qui disparaissent au traitement neuroleptique !
2. du point de vue **physique** : **mydriase**, tachycardie, hypertension, hyperthermie, transpiration, bref un tableau de **stimulation adrénergique** ; suppression de la sensation de faim avec parfois **amaigrissement** extrême.
Sur les muqueuses, par exemple en *sniff*, la cocaïne a un effet **anesthésique local**.

En cas d'O.D. (*overdose*), il y a risque d'**infarctus** du myocarde, de décompensation cardiaque aiguë, de mort subite.

Effets à moyen ou long terme

Chez les cocaïnomanes chroniques, la décompensation **dépressive** ou **paranoïaque** n'est pas rare.

Comme pour les amphétamines, il n'y a *pas de dépendance physique* à la cocaïne (pas de syndrome physique d'abstinence, pas de syndrome de sevrage), mais la **dépendance psychique** et le manque psychologique (**craving**) sont particulièrement intenses : l'inconfort psychique qui suit l'effet de la drogue entraîne une reprise rapide du toxique.

Références

- LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de **THUILLIER J.**,
éd. Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.
- MORGAN J. P.**, - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988.

1.2.2.3 Le crack

Le **crack** ou sulfate de cocaïne, est une forme de cocaïne préparée extemporanément qui se caractérise par un haut degré d'activité, encore accru par son mode de consommation : l'inhalation ou le fumage sous eau.

La **dépendance psychique** au crack apparaît plus rapidement qu'avec la cocaïne traditionnelle ; les effets du crack sont les mêmes que ceux de la cocaïne *sniffée* mais plus intenses...

Références

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988.

1.2.2.4 Les “poppers”

Les **nitrites d'amyle, de butyle ou d'isobutyle** peuvent être considérés comme la cocaïne du pauvre.

Effets recherchés

Ces poppers sont utilisés comme **excitants** et sont réputés augmenter le plaisir sexuel. Leur utilisation est fréquente dans les groupes urbains d'homosexuels masculins et on les trouve en vente dans certains *sex-shops*.. L'inhalation de ces “poppers” provoque surtout un état passager d'éblouissement et/ou d'étourdissement qui s'accompagne d'une **suppression des inhibitions**.

Leur utilisation semble néanmoins avoir diminué depuis l'arrivée sur le marché du Viagra® ...

Effets à court terme

Actuellement, il n'y a pas de preuve que ces *poppers* entraînent un risque significatif pour la santé. Ils peuvent toutefois entraîner une **vasodilatation** avec **hypotension** passagère, **vertiges** et **bouffées vasomotrices**, suivies d'une **tachycardie** réflexe. (MORGAN, 1988, p.1588)

Références

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988.

1.2.2.5 Le tabac et la nicotine

Importé d'Amérique en 1518 par un missionnaire espagnol, le tabac, *Nicotiana tabacum*, fut employé par J. NICOT, ambassadeur de France au Portugal, et par Catherine de MÉDICIS, pour soigner leurs *migraines*. Depuis, sa consommation ne fait que croître...

(SILLAMY, 1995, p. 256)

Il est pratiquement certain que si le tabac était découvert aujourd'hui, on s'accorderait, sur base des connaissances actuelles – si pas pour l'interdire – du moins pour en limiter l'usage en le réglementant, sa toxicité ne faisant aucun doute. Il en serait vraisemblablement de même pour le café, le thé, le cacao... Ces produits font toutefois partie de la vie quotidienne et sont donc socialement admis...

Il est démontré aujourd'hui que le tabac à priser ou à chiquer n'est pas moins mauvais ou dangereux que le tabac à fumer.

La feuille de tabac contient un poison violent, **la nicotine**, dont 30 à 60 mg suffisent pour provoquer la mort d'un homme (une cigarette ordinaire en contient environ 2 mg).

Effets recherchés

Pour obtenir une stimulation légère du SNC, pour rester éveillé.

Pour se détendre.

Pour retrouver le *plaisir de la succion*, éprouvé jadis par le nourrisson...

Pour inhiber les contractions de l'estomac et notamment celles qui sont liés à la faim.

Facteurs sociaux

Habitude sociale.

Publicité massive.

Obtention aisée.

Effets à court terme

La **nicotine** est un **stimulant léger** du SNC et entraîne en outre : salivation, nausées, vomissements, diarrhée, lipothymies.

Ces effets sont pratiquement systématiques à la « première cigarette »... Mais la **tolérance** s'installe très vite.

La **détente** que certains ressentent semble être plus liée au **geste de fumer**. (BLOCH, 1970, p.39)

Effets à moyen et à long terme

1. du point de vue **psychique**, l'usage immodéré du tabac entraîne : **irritabilité**, **insomnies**, **amnésie**, ralentissement intellectuel, céphalées, etc.
2. du point de vue **psychique** :

A des degrés variables, l'usage prolongé du tabac provoque une **irritation nasopharyngée** et **bronchique** avec prédisposition aux infections laryngées, bronchiques et pulmonaires.

Les symptômes, l'évolution et le pronostic de toutes les affections de l'appareil respiratoire sont aggravées notamment ceux de la **bronchite chronique**, de l'asthme et de l'emphysème.

Enfin, le **cancer pulmonaire** est *onze fois* plus fréquent chez les fumeurs que chez les abstinentes. On avance les mêmes chiffres pour les cancers laryngés et oesophagiens.

L'usage du tabac entraîne une augmentation de la **pression artérielle**, il aggrave les symptômes et le pronostic de certaines **maladies cardiaques**.

Il entraîne différentes **maladies gastro-intestinales**.

La **dépendance psychique** est **modérée à forte**. Le tabac induit une **tolérance**. Quant à la dépendance physique, elle est douteuse.

Sevrage

Irritabilité, agitation, céphalées, palpitations, parfois hypotension artérielle, **malaise profond général**... Ces manifestations ne sont jamais mortelles, mais entraînent souvent la rechute...

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

LEWIN L., - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de

THUILLIER J.,

éd. Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.2.2.6 La caféine

À la dose de quatre ou cinq verres ou tasses par jour, le café, le thé, le Coca-cola TM... qui contiennent tous de la **caféine**, sont assez universellement admis et utilisés comme **excitants légers**. Seuls certains groupes culturels ou religieux les interdisent (notamment les Mormons).

Effets à court terme

La caféine est un **stimulant** des centres cérébraux.

L'usage modéré du café (**deux tasses** par jour) n'entraîne *aucune conséquence néfaste*.

(SILLAMY, 1995, p. 42)

Effets à long terme

L'**abus** de café ou **caféisme** survient généralement pour **plus de 5 tasses** de café par jour et comprend différents symptômes : **palpitations** cardiaques, **insomnies**, modifications du caractère (**nervosité**, **irritabilité**, **anxiété**, dans certains cas perte de la *libido*).

La consommation chronique de plus de 5 tasses de café par jour multiplie par trois le risque des **maladies cardiaques**, par rapport à ceux qui n'en boivent pas. (SILLAMY, 1995, p. 42)

Il est assez rare de voir un usage plus "dur" de la caféine, bien que l'on rencontre de temps en temps des personnes qui consomment par exemple 15 à 20 tasses de café par jour et estiment ne pouvoir s'en passer...

Notons cependant que nombreux sont ceux qui ont le sentiment de « *ne pas être en forme* » s'ils n'ont pas consommé leur dose habituelle de café le matin : on peut définir cet état comme une **dépendance psychologique légère**. (BLOCH, 1970, p.9)

L'apparition de **boissons à forte teneur en caféine** (Red Bull TM, Virus TM,etc.) et l'usage qui en est fait (conduire son camion pendant quinze heures d'affilée...) nous feront peut-être réviser notre appréciation dans les prochaines années...

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.2.3 Les drogues hallucinogènes

Les hallucinogènes, ou plus exactement les **psychodysléptiques**, sont des drogues d'origine végétale ou synthétique qui engendrent des **hallucinations**.

Neurobiologie

Les **psychodysléptiques** ou **hallucinogènes** ont des structures chimiques analogues de celles des neurotransmetteurs cérébraux du groupe des *monoamines*. Ainsi, le **LSD** a une structure comparable à celle de la **sérotonine** ; la **mescaline** a une structure proche de celle de l'**adrénaline** ; la **phencyclidine** serait un antagoniste de certains récepteurs de la **dopamine**. Cette parenté structurale permet aux hallucinogènes d'intervenir dans les processus biochimiques régulateurs des fonctions psychiques.

1.2.3.1 Le LSD

Pharmacologie

Le LSD (diéthylamide de l'*acide* lysergique, ou lysergamide) est une drogue hémisynthétique, c'est-à-dire préparée en deux temps : extraction de l'acide lysergique à partir de l'**ergot de seigle** et ensuite synthèse du diéthylamide à partir de cet acide. Son activité est cent fois supérieure à celle de la psilocybine et 5000 fois supérieure à celle de la mescaline.

Le LSD est l'**hallucinogène** le plus connu en Europe.

Dose active : 150 à 200 microgrammes.

Effets recherchés et aspects sociaux

- En France, **le nombre d'usagers** de LSD a atteint un maximum en 1982, depuis il est **en décroissance régulière**. (SILLAMY, 1995, p. 155)

En Belgique aussi, le LSD semble moins fréquemment utilisé dans les années 90.

- L'utilisation du LSD et des substances apparentées procure au toxicomane des expériences psychiques très particulières, lui permettant d'entrer dans le « monde de la folie » sur commande : le **voyage au LSD** est recherché par certains pour cette **transformation de l'état de conscience**. (BLOCH, 1970, p.41)

- Le **LSD** essaie de répondre au besoin de **quête d'inconnu** ou d'extraordinaire, et à l'espoir de découverte de significations cachées spirituelles ou ésotériques, que peuvent éprouver certains adolescents et parfois des jeunes adultes. Dans les années 60 et 70, quelques groupes de consommateurs sont d'ailleurs passés des *acid parties* à une recherche quasi sectaire de l'accès à un « autre monde ».
- Le LSD est encore recherché par certains ados **en quête d'opposition** à la famille ou à la société. Mais à la différence de la banalisation du cannabis, le LSD ne semble toujours pas faire partie de la "culture" adolescente de l'Europe continentale.
- Si le LSD et les autres hallucinogènes apparentés sont souvent **expérimentés par curiosité** par *quelques* jeunes (ou moins jeunes) et par quelques polytoxicomanes, ceux qui en font un usage *régulier* sont désormais relativement rares (par exemple moins de 1 % des toxicomanes de Liège-centre).

Effets à court terme

Après un **temps de latence** d'une demi-heure à 3 heures on note :

1. *des modifications physiques* : souvent un sentiment de **froid intense**, une certaine instabilité psychomotrice, parfois des sueurs, une **mydriase**, quelquefois des maux de tête ; ces symptômes tendent à diminuer à mesure que le temps passe et sont en général plus marqués au cours des premières prises du toxique.

2. *des modifications psychiques* : ces modifications dépendent en partie de la structure psychologique existante, de l'état affectif immédiat, en partie de l'ambiance, de la présence d'un entourage à action sécurisante :

- les **modifications de l'humeur** (troubles thymiques) sont constantes et vont de l'**euphorie** à l'**angoisse** et parfois jusqu'à l'état de panique ; l'euphorie est loin d'être constante ; elle est souvent précédée d'une anxiété initiale ; désintérêt pour le monde extérieur ; les sujets sont passifs et inactifs.
- les **inhibitions** sont **levées** : d'où découle peut-être une partie de la réputation d'aphrodisiaque du LSD ; cette expérience du LSD présente aussi une tonalité érotique, l'**érotisation** (stimulation de l'instinct sensuel) y est vécue ou recherchée.
- les **perturbations psychosensorielles** :

- les **illusions** et les **hallucinations visuelles** sont les plus fréquentes :
surtout points lumineux, halos entourant des objets, couleurs très vives, élaborations colorées, tout l'environnement baigne dans une grande clarté ; les distances sont modifiées ; parfois scènes avec des monstres, des animaux ou des créatures fabuleuses...
- les hallucinations tactiles ou somesthésiques sont aussi assez fréquentes :
le drogué au LSD peut éprouver à l'égard de son propre corps des sensations de **transformation** et de **déformation**.
- les hallucinations auditives, olfactives et gustatives sont plus rares.
- les **perturbations de la connaissance de soi-même** (conscience vigile) et **des synthèses mentales** :
 - perte des notions de **temps** et d'**espace** ; modification du **temps vécu** :
l'écoulement subjectif du temps s'allonge (il semble alors figé) ou au contraire se raccourcit, avec défilement accéléré voire télescopage des souvenirs, remémoration de l'enfance...
 - modification et désorganisation du **cours de la pensée** : le sujet assiste à un déroulement quasi automatique de sa pensée ; cette pensée est en relation avec l'imagination et des préoccupations plus ou moins conscientes (psychédéisme).

Fait important, devant l'expérience, le sujet garde une **relative lucidité** (nosognosie), sans cependant pouvoir l'empêcher de se dérouler.

• Dans un certain nombre de cas (une fois sur 10.000 prises d'après certains auteurs), des complications psychiatriques aiguës surgissent ; les utilisateurs parlent alors de **bad trip**, de *mauvais voyage* :

- **persistance** des phénomènes décrits précédemment, pendant **48 heures** et même au-delà, alors que généralement le *voyage* ne dure que de 6 à 12 heures
- déclenchement de **réactions psychotiques** de type paranoïde ou schizoïde au cours de l'expérience, avec une possibilité de **passage à l'acte agressif** tel que suicide ou meurtre

- apparition d'états de **panique** aigus, d'**angoisse** épouvantable, se terminant après quelques jours ; l'anxiété ressentie ressemble assez fort à l'*angoisse de morcellement* décrite chez les psychotiques et peut entraîner – comme chez eux – des passages à l'acte auto-agressif pour y mettre fin...

Ces réactions psychotiques ou ces crises de panique du *bad trip* imposent donc une hospitalisation en milieu fermé.

Il est à noter qu'il est **impossible de prévoir** chez un utilisateur de LSD qu'il y aura *bon* ou *mauvais voyage* ; et un même sujet peut présenter un *bad trip* après plusieurs expériences agréables antérieures. (BLOCH, 1970, p.21)

Effets à moyen et long terme

- Ceux-ci sont encore peu connus. Cependant il peut se produire des réapparitions spontanées des symptômes et cela des mois voire des années après la prise de la drogue (*flash backs*).
- Le déclenchement d'un **état psychotique de longue durée** (plusieurs mois) **voire définitif** après la prise de LSD ne semble pas dû uniquement à cet *acide*, mais bien parfois à un **état psychotique sous-jacent**, pré-existant, qui s'est révélé à l'occasion de l'expérience psychédélique.

Ces troubles mentaux irréversibles décrits après prise de LSD pourraient être dus en partie à un **surdosage** et pour une autre part à des produits associés (souvent **amphétamines**). (SILLAMY, 1995, p. 155)

- Les effets tératogènes du LSD sont toujours soupçonnés sans être vérifiés.
- Les hallucinogènes agissent le plus souvent à des doses extrêmement faibles, de l'ordre de quelques dizaines de µg pour le LSD par exemple ; celui-ci ne sera dès lors jamais vendu que sous forme de substrat solide (comprimé, carton, buvard...) dosé très exactement en drogue. Pour le LSD, on ne décrit donc pas de syndrome dû à un produit de coupe.
- La **dépendance** est essentiellement **psychique**, avec installation de **tolérance souvent croisée** vis-à-vis d'autres hallucinogènes.
- Le comportement des sujets consommant des hallucinogènes est pour le moins un comportement asocial.

1.2.3.2 La Phencyclidine

Pharmacologie

La phencyclidine, ou 1-phénylcyclohexylpipéridine (**PCP**) ou *poussière d'ange*, est une substance de synthèse qui fut utilisée initialement en médecine vétérinaire comme **anesthésique** pour les grands mammifères. La PCP est chimiquement très proche de la mescaline.

La PCP se présente sous une forme liquide que l'on reconnaît à son odeur piquante.

Dose active : 0,1 mg / kg **par voie intraveineuse** chez l'homme.

Neurobiologie

Une étude récente sur des cercopithèques a montré que la PCP **bloque** sélectivement les **récepteurs à la dopamine** de deux régions du cortex cérébral : le cortex frontal dorsolatéral et le cortex prélimbique. (JENTSCH, 1997)

Effets à court terme

Anesthésique et **hallucinogène**, la phencyclidine est à l'origine d'états d'**euphorie** intense. Les consommateurs de cette drogue "dure" perdent tout contrôle d'eux-mêmes et toute sensation de douleur.

Les symptômes de l'intoxication aiguë à la phencyclidine ressemblent à ceux de la **schizophrénie** : anomalies mentales, troubles du cours de la pensée, de la mémoire et de la communication sociale, hallucinations, etc. Les effets de la PCP sont plus durables que ceux du LSD. (GERVAIS, 1994, p. 213) Le comportement de l'utilisateur de PCP peut être extrêmement **agressif et violent**. (GERVAIS, 1994, p. 213)

Heureusement, cette drogue semble absente sur le marché illicite de Liège, de 1985 à 2003.

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

GERVAIS Y., - *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*, éd. L'Harmattan, coll. Pratiques sociales, Paris, 1994, 217 p.

JENTSCH D., et al. - *Phencyclidin* in *Science*, 277, 953, 1997.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988, pp. 1587-1588.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

THUILLIER J., - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor-Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

1.2.3.3 Les autres hallucinogènes, d'origine végétale

a. La Mescaline

Pharmacologie

La mescaline est l'alcaloïde principal extrait d'un cactus mexicain, le **peyotl** (*Anhalonium Lewinii*). Le peyotl était considéré comme une plante sacrée par les Indiens qui l'utilisaient lors de cérémonies rituelles ou initiatiques. (GERVAIS, 1994, p. 213)

Dose hallucinogène : 400 mg et plus par voie orale.

Neurobiologie

L'analogie structurale de la mescaline avec l'**adrénaline** et certains dérivés indoliques fut à l'origine, en 1956, de l'hypothèse classique de OSMON, HOFFER et RINKEL sur la **pathogénie biochimique des psychoses**.

Effets à court terme

La mescaline provoque essentiellement des troubles de la **perception sensorielle** :

- des **hallucinations visuelles** :
les formes sont altérées, les couleurs prennent une beauté intense, etc.
- le **temps vécu** paraît anormalement **long** (les minutes valent des heures)...

(SILLAMY, 1995, p. 164)

b. La Psilocybine

C'est un dérivé indolique, de structure voisine du LSD et de la mescaline, extrait du mycélium du *Psilocybes mexicana*. Moins active pondéralement que le LSD, la psilocybine est un hallucinogène très subtil et “ **dépersonnalisant** ”.

Dose active : entre 4 et 20 mg par voie orale.

c. La Myristicine

La myristicine est le principe actif de la **noix de muscade**, que l'on peut se procurer chez tous les épiciers...

Dose active : 10 à 15 g de poudre de noix de muscade ou 200 à 400 mg de myristicine par voie orale.

Historiquement, on a vu se développer des toxicomanies avec cette épice chez certains détenus et dans les quartiers "Beatnik" de New York.

d. Le Muscimol

Le muscimol, l'acide ibonétique et la muscazone sont les trois substances enivrantes et hallucinogènes identifiées dans l'**amanite tue-mouche** ; des trois, le **muscimol** est le plus actif.

Dose active : 15 mg de muscimol administrés par voie orale à un adulte produisent une **psychose hallucinatoire** avec **sommeil** consécutif durant 4 heures.

Références

GERVAIS Y., - *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*, éd. L'Harmattan, coll. Pratiques sociales, Paris, 1994, 217 p.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

THUILLIER J., - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

1.2.4 Les sédatifs avec effet hallucinogène

1.2.4.1 Le Cannabis

Pharmacologie

Le **chanvre indien** – *Cannabis sativa indica* – est une variété du **Cannabis sativa** ou chanvre cultivé depuis des millénaires pour ses fibres et l'huile de ses fruits. Les sommités fleuries et fructifères renferment une résine dont les propriétés narcotiques et physiologiques spéciales sont dues à la présence de constituants phénoliques, les **cannabinoïdes** dont les plus importants sont l'acide cannabidiolique, le cannabidiol, les tétrahydrocannabinols et le cannabinol.

Le delta-9 **tétrahydrocannabinol** (THC) serait le principe actif le plus important du *Cannabis sativa*. Le THC et d'autres cannabinoïdes sont **euphorisants** et **inébriants** à faible dose (effets similaires à ceux de l'alcool) ; le THC à forte dose est **hallucinogène** (comme le LSD). En fonction de l'usage "doux" ou "dur" réservé au Cannabis, on peut donc hésiter sur sa classification clinique...

Les effets du cannabis dépendent de sa qualité, de la quantité absorbée, et du consommateur. (SILLAMY, 1995, p. 43)

Le cannabis est le plus souvent **fumé** ou **inhale**, et beaucoup plus rarement mâché ou ingéré (par exemple dans une pâtisserie, le *space cake*, ou mélangé à des boissons ou à d'autres aliments, comme épice). Fumé, le THC est deux à trois fois plus actif que par ingestion, ce qui explique le manque d'amateurs de l'ingestion. Dose active : quelques dizaines de milligrammes, mélangés à une herbe à fumer. (THUILLIER, 1996, in LEWIN)

Les deux présentations du *Cannabis sativa* apparaissant fréquemment sur le marché européen occidental sont :

- **la marihuana** (ou marijuana) : cette "**herbe**" est constituée en fait d'un mélange de feuilles et de sommités fleuries plus ou moins finement découpées ; la marihuana se fume sous forme de cigarette (le "joint"), mélangée ou non à du tabac
- **le haschich** : ou *résine*, à la concentration maximale en THC, fumée elle aussi.

Une troisième présentation, l'**huile** de cannabis, est exceptionnelle en Europe de l'Ouest.

Neurobiologie

Réputé sans grand danger jusqu'il y a peu – y compris par certains scientifiques – des études neurobiologiques récentes semblent vouloir faire rentrer le THC dans le rang des autres drogues, en signalant qu'il agit lui aussi sur les **systèmes de stress et de récompense** du cerveau :

- le *sevrage* de haschich déclenche une sécrétion de **CRF** (connue pour être **anxiogène**) par l'*amygdale* ; cela expliquerait au moins une partie de la **dépendance psychique** au haschich : *certain*s consommateurs reprendraient du *hasch* pour ne pas revivre l'anxiété de la *descente* ou du *sevrage*... (WEISS, KOOB, CARRERA, RODRIGUEZ de FONSEC, NAVARRO)
- l'*utilisation* de haschich provoque la libération de **dopamine** par le *nucleus accumbens* du système limbique (système de *récompense et de renforcement* des comportements), tout comme les opiacés... (DI CHIARA et al.) Ceci pourrait expliquer le fait que *certain*s utilisateurs de haschich passent à des drogues plus "dures", comme l'héroïne, en cherchant à stimuler le même système de *récompense*... (WICKELGREN, 1997)

Effets recherchés

Pour atteindre un état de **détente**, de douce **euphorie**, comme moyen d'évasion...

Pour **calmer une angoisse**, un stress, un trac (avant de monter sur scène...)

Pour **lever ses inhibitions**, faciliter les contacts en groupe, se rendre **plus sociable** ; le cannabis donnerait une impression de compréhension mutuelle plus rapide, plus complète, quasi instantanée ; selon certains, la facilitation des contacts humains serait une illusion venant de ce que l'intoxiqué **projette sur autrui** ses propres sentiments.

Pour **faciliter les rapports sexuels** : le cannabis est réputé **aphrodisiaque**...

Comme l'alcool à faible dose, le cannabis est parfois recherché aussi pour la **facilitation de la créativité** ; dans les deux cas, il s'agit objectivement le plus souvent d'une illusion : celui qui est **légèrement ivre** se *croit* plus vif d'esprit et plus créateur... (BLOCH, 1970, p.19)

Un autre effet recherché – qui, lui, correspond à la clinique – est l'**amplification des perceptions**, surtout **auditives**, parfois avec une certaine distorsion. Le cannabis a eu ainsi ses heures de gloire en association à différentes cultures musicales rock, pop, etc.

A forte dose, on dit le cannabis **hallucinogène**, avec une modification de la perception visuelle. En fait, on observe plutôt un état d'**onirisme**, avec un certain degré de **confusion** mentale. Le cannabis peut **modifier la perception du temps**, faire resurgir de la mémoire des **souvenirs** anciens, dans un éprouvé accéléré ; dans ce cas, il donne au sujet l'impression d'une compréhension claire de son inconscient.

Facteurs sociaux

Le cannabis, sous forme d'*herbe* ou de *résine*, est **la drogue illicite la plus utilisée** dans la période 1990-2000 en Belgique, en France, au Luxembourg, etc. peut-être – avant toute autre explication psychosociale – **parce qu'elle est peu coûteuse !**

La dépénalisation – mais non la *légalisation* – **de la consommation** de cannabis, dépénalisation réalisée à des degrés divers dans toutes les nations européennes, serait plutôt un facteur social survenant *a posteriori* et ne nous semble pas expliquer l'épidémiologie du cannabis...

Certains adolescents et jeunes adultes recourent au cannabis pour **s'intégrer (!)** et **se conformer** aux habitudes des groupes où cet usage est courant et approuvé. (BLOCH, 1970, p.41)

Dans certains milieux et dans certains groupes de jeunes, le cannabis a pris à peu près la place que monopolisait l'*alcool* **dans la culture** occidentale jusque dans les années 60. Son usage est de plus en plus socialement et largement admis (Espagne, Pays-Bas, Allemagne, etc.).

Nous prenons le pari que fumer de l'*herbe* ne sera bientôt plus pour les adolescents une attitude d'**opposition** (aux parents, à la société...), ni un comportement considéré par la société et les parents comme marginal ou déviant.

Effets à court terme

• à faible dose :

- **ivresse cannabique** : béatitude, **euphorie** parfois jusqu'à l'hilarité, ataxie, embarras de la parole. Pour l'observateur, cette ivresse est **assez superposable à celle de l'alcool**
- généralement **anxiolytique**, anti-stress, anti-trac, **désinhibant** social et sexuel... (ici aussi comme l'alcool à faible dose)
- **troubles de la vigilance** (danger de l'ivresse cannabique lors de la conduite)

automobile...)

- impression de chaleur, extrémités froides avec paresthésies.
- **injection conjonctivale**
- mydriase

N.B. La **mydriase** (orthosympathique), notamment **provoquée par certaines drogues** (cannabis, cocaïne...) ou par un collyre mydriatique, déclencherait chez le spectateur à la fois un mécanisme psychologique de **projection** et un **comportement inné** : en effet, cette mydriase artificielle **mime un signal d'excitation sexuelle** ; des éthologistes, comme Desmond MORRIS, ont ainsi démontré que la vue de grandes pupilles dilatées donne au visage féminin un caractère inconsciemment plus "sexy" et plus attirant pour l'observateur mâle ! *La première chose que l'homme regarde sur le visage d'une femme, ce sont ses yeux... ou « l'encre de ses yeux »* (Francis CABREL).

• à forte dose :

- troubles de la **perception sensorielle, amplification** ou distorsion de l'**audition**
- hallucinations auditives ou plus rarement visuelles
- modification de la **perception du temps subjectif, remémoration de souvenirs** anciens « en accéléré »
- **onirisme** (délire de rêve, éveillé), confusion mentale, endormissement...

Parfois cette expérience peut être très mal vécue, avec une exacerbation paradoxale de l'**anxiété** ("*bad trip*" relativement rare).

Effets à long terme

En usage chronique, on *peut* noter une **diminution de l'activité**, une baisse de l'attention et de la mémoire, des troubles du caractère (irritabilité, instabilité), des troubles de l'humeur (*alternance* de **phases dépressives** et de moments d'**exaltation, état asthénique** avec passivité).

La persistance d'**idées fixes** post-oniriques peut perturber certaines personnalités fragiles.

On ne décrit pas de dépendance physique au cannabis, mais, chez certaines personnes fragiles, une **dépendance psychique** accompagnée de **tolérance**.

*Tout comme on rencontre à peu près toujours, dans les groupes où l'on boit, l'un ou l'autre alcoolique chronique, on rencontre dans les groupes où l'on fume la marijuana **quelques***

individus psychologiquement dépendants de ce produit... (BLOCH, 1970, p.14) Ces consommateurs “durs” d’une drogue “douce” passeront volontiers à d’autres drogues, dès que la tolérance se sera installée...

Biologie clinique

La consommation de cannabinoïdes peut être objectivée par un examen urinaire. Suivant les habitudes des fumeurs, on peut retrouver des traces de cannabinoïdes dans les urines durant 12 à 72 heures chez un fumeur occasionnel, 2 à 8 jours chez un fumeur modéré et 1 à 4 semaines chez un gros fumeur.

La présence de cannabinoïdes dans l'urine peut être due également à une **inhalation passive**.

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

THUILLIER J., - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem - Frison Roche, Paris, 1988, pp. 1583-1584.

RICHARD D., **SENON J.-L.**, - *Le Cannabis*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 3084, Paris, 2^e éd., 1997.

WICKELGREN I., - *Le Cannabis, une drogue comme les autres ?* in *La Recherche*, n° 302, oct. 1997, Paris, p. 32.

1.2.4.2 Les hydrocarbures et solvants volatils

Usage domestique ou industriel

Dans ce groupe de substances “**enivrantes**”, on peut citer, suivant leur emploi

- les **colles** plastiques ou à séchage rapide (notamment les colles pour maquettes), les dissolutions de caoutchouc, etc. sont toxiques essentiellement par le biais de leur solvant volatil : acétone, toluène, naphte, n-hexane, cyclohexane...
- les différentes **essences**, le naphte (essence à briquet), le kérosène (carburant d’avion)...
- les **détachants** : le trichloroéthane, le trichloréthylène, le tétrachlorure de carbone...
- les **diluants** et **solvants** pour peintures : le toluène (diluant de vernis), l’acétone (dissolvant de vernis à ongles), l’acétate aliphatique...
- les **aérosols** : les insecticides, les vaporisateurs (médicaments, etc.), les désodorisants, les fixatifs de cheveux (laques qui contiennent aussi du toluène et des alcools), les peintures en spray ; les agents propulsants de ces aérosols sont le plus souvent psychoactifs : difluorodichlorométhane, isobutane...

La simple énumération de ces produits montre qu’il s’agit – pour la plupart – de « **toxiques domestiques** », au coût peu élevé, **en vente libre** dans le commerce ! Il y a ainsi une grande difficulté voire une impossibilité de réglementer ce marché de produits licites potentiellement toxicomanogènes, surtout chez les **enfants et adolescents**. L’enfer de la drogue commence parfois à la colle ! Dès les années 60 et 70 on a vu apparaître dans les pays occidentaux des jeunes “*sniffeurs*” de colle pour maquettes ou de dissolvant pour vernis à ongles. Les plus jeunes atteints de cette “*gluemanía*” n’ont que huit ans ! (CARTER, 1990, p.158) Heureusement, la prévalence de ce groupe de drogues semble très faible dans notre région (moins de 0,05 % dans les Provinces de Liège et Luxembourg).

Pharmacologie

Sur le plan pharmacologique on peut distinguer trois types de solvants :

- a. **benzéniques** : benzène, toluène, xylène...
- b. **chlorés** : chloroforme, trichloréthylène (Sassi[®]), 1.1.1. trichloroéthane, 1.2. dichloropropane, tétrachlorure de carbone...
- c. **anesthésiants** : éther, chloroforme, oxydes nitreux (protoxyde d'azote)...

Les dangers varient selon le produit utilisé et sa concentration. Par exemple, l'inhalation de trichloréthylène pur est plus toxique que celle d'une colle (contenant en général moins de 2 % de solvant). Il convient également de tenir compte de la fréquence des inhalations, de l'importance des doses et du temps d'inhalation.. En cas de "simple" inhalation, les effets vont durer quelques minutes ; en cas d'inhalation en **sac plastique**, les effets peuvent durer plusieurs heures, allant jusqu'à une douzaine d'heures chez le sujet "*accroché*"; signalons que ces sacs plastiques provoquent par eux-mêmes des asphyxies parfois mortelles . Les effets dépendent aussi de l'état physique et psychique du « renifleur de colle ».

Effets à court terme

En moyenne, les symptômes débutent quelques secondes ou quelques minutes après l'inhalation et durent environ une heure. Pendant les premières minutes on note une **excitation euphorique** et même hilare, ensuite l'apparition de vertiges, de fantasmes et d'**hallucinations** auditives ou le plus souvent **visuelles**. Pendant cette phase, des nausées, des éternuements, de la toux (allant jusqu'au vomissement) et une hypersensibilité à la lumière du jour peuvent accompagner les hallucinations.

Il arrive au "renifleur" d'être surexcité au point de se sentir invincible (d'où risque d'accident). Dans les cas heureusement rares où la dose de solvant est très importante ou si l'inhalation se prolonge, on peut même observer un **état délirant** ou un état comateux d'emblée, accompagné de convulsions. Il peut alors y avoir, dès ces premières minutes, des atteintes aiguës des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires, et des accidents mortels.

La différence fondamentale qui existe entre l'**ébriété** aux solvants et à l'*alcool* réside dans le fait que dans le second cas, il y a généralement *absence d'hallucinations*.

Dans un deuxième temps survient une **phase d'analgésie et de dépression** du système nerveux central (SNC) avec **confusion**, désorientation, nausées, vomissements,

céphalées. Les sens sont émoussés : la vision se brouille, l'utilisateur souffre de diplopie et perçoit des acouphènes. Il présente des crampes et est souvent très pâle. Il contrôle difficilement son comportement ; la possibilité de désinhibition et de réactions délictueuses est signalée.

Dans une troisième étape, on note une **dépression plus importante du SNC** : le « renifleur de solvant » articule difficilement ses mots, **somnole** ; il présente des réflexes ralentis, de l'incoordination, et un nystagmus.

Dans les cas où la dose inhalée a été trop forte, survient une quatrième phase marquée par une **dépression profonde du SNC** : état **comateux**, traversé de rêves bizarres et de **crises épileptiformes** (visibles à l'E.E.G.) ; parfois il y a atteinte des centres respiratoires avec **cyanose** et **dyspnée** qui peut conduire à la mort.

Effets à moyen et à long terme

Après quelques mois, **fatigue** chronique, apathie, dépression nerveuse, **irritabilité**, troubles de la mémoire (**amnésie**), anorexie, amaigrissement et parfois pâleur apparaissent. L'intoxication aux solvants volatils peut être assez facilement identifiable, car l'**haleine** du sujet conserve, même après plusieurs heures, son **odeur caractéristique**.

Sur le plan des organes internes, les divers solvants peuvent être à l'origine d'une **pathologie rénale, hépatique ou sanguine** (anémie par atteinte de la moelle osseuse).

Ils conduisent à une **dépendance psychique** rapide et à une **tolérance** (ou accoutumance) à plus long terme ; une dépendance physique peut apparaître mais de manière variable d'un produit à l'autre ; dans *certaines cas*, on note un **syndrome de sevrage** comprenant céphalées, frissons, douleurs abdominales, hallucinations, crampes musculaires pouvant aller jusqu'au *delirium tremens*. (CARTER, 1990, p.161)

A côté d'un **effet dépresseur sur le SNC** commun à tous ces solvants et décrit plus haut, les produits **chlorés** provoquent aussi quelques manifestations plus spécifiques :

- **irritations cutanéomuqueuses** : épistaxis, yeux rouges, plaies diverses à la bouche et au nez, éternuement, toux, vomissements...
- **hépatites**
- hyperexcitabilité et **arythmie myocardique**, également à l'origine d'accidents mortels.

Psychosociologie et solvants volatils

Il existe plusieurs causes à l'inhalation de substances enivrantes par les (très) jeunes de notre société :

- manque d'affectivité au sein de la famille, "abandon" de l'enfant par des parents trop occupés, enfant livré à lui-même au retour de l'école, solitude, absence d'un parent (divorce), absence des deux parents (orphelins)
- vide culturel de certaines grandes villes et des banlieues, manque de projets parascolaires ou d'équipements sportifs, disparition de la morale traditionnelle et de toute entrave (sans rien mettre à la place), acculturation des émigrants et effacement des repères culturels même pour les indigènes, etc.
- marginalisation prédélinquante, troubles de l'adolescence, expérimentations et curiosité du *jeu avec le corps* ou du *jeu avec la mort*, qui sont des équivalents de la fugue ou de la tentative de suicide
- angoisse existentielle, recherche de substances euphorisantes, anxiolytiques ou "traitant" la timidité ou l'insécurité
- mimétisme : prendre exemple sur des camarades déjà "initiés", passeport d'intégration à un groupe ou à une micro-culture de "renifleurs" (Punks, etc.)

(CARTER, 1990, p.160)

La toxicomanie aux solvants peut déboucher sur ou permettre des comportements antisociaux. Parfois, le jeune essaiera d'autres produits, par exemple des stupéfiants illicites.

Il arrive que les solvants donnent le "courage" de *passer à l'acte* délictuel : vols, agressions, actes de vandalismes, spécialement dans les grandes villes. La conduite d'un véhicule "emprunté" par un jeune "sniffeur" peut être à l'origine d'accidents graves de la circulation ; en cette matière, l'ivresse à l'éther ou au trichlo vaut bien celle de l'alcool !

Vu le jeune âge des enfants touchés, la prévention passe obligatoirement par les **parents** et par l'**école** ; les parents et les instituteurs doivent décourager cette « curiosité mortelle » par l'information et l'éducation des jeunes ; encore faut-il aussi leur apporter quelque chose de sain et de constructif...

Références

CARTER R., - *Pharmacodépendance et pharmacodélinquance*, Chiron, Paris, 1990.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem - Frison Roche, Paris, 1988, p.1588.

THUILLIER J., - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

1.2.5 Les stimulants avec effet hallucinogène

Pharmacologie

Une nouvelle classe de dérivés de l'amphétamine a vu le jour récemment, celle des **dérivés méthoxylés** ; certains hésitent sur leur classification compte tenu de l'ambiguïté de leur action à la fois **stimulante et hallucinogène**. Nous avons choisi d'en faire une catégorie pharmacologique intermédiaire « à part ».

Parmi ces nouveaux produits, on peut citer :

- la 4-méthyl, 2,5-diméthoxyamphétamine (**DOM** ou *STP*), produit le plus ancien
- la méthylodioxy, 3,4-méthamphétamine (MDMA ou **ecstasy** ou *XTC*)
- la méthylodioxy, 3,4-éthylamphétamine (MDEA ou **Eva**)
- la 4-méthylthioamphétamine (**4-MTA**)...

1.2.5.1 La MDMA ou XTC

La méthylodioxy, 3,4-méthamphétamine (ou MDMA ou *ecstasy* ou *XTC*) se présente le plus souvent sous la forme de comprimés de 10 à 13 mm de diamètre et d'un poids de l'ordre de 300 à 600 mg.

Effets à court terme

- Sur le plan psychique, les effets de l'*XTC* comprennent notamment :
 - des effets **stimulants** (psychoanaleptiques) semblables à ceux de l'amphétamine
 - de la **désorientation** et des troubles et **déformations des perceptions sensorielles**, sans que l'on puisse à proprement parler d'hallucinations
 - des **acouphènes** de type bourdonnements
 - une période de “ **happy sociability** ” qui peut durer 4 à 6 heures.

Tout comme l'amphétamine, l'*ecstasy* peut agir comme facteur déclenchant d'un épisode **psychotique** parfois délirant, parfois chronique.

Des effets de l'*XTC* à long terme ne sont pas décrits, mais on manque un peu de recul vu l'apparition assez récente de cette classe de drogues.

- Au point de vue physiologique, on peut comparer les effets de l'ecstasy à ceux de l'**amphétamine** : tachycardie, augmentation de la pression artérielle, diaphorèse, ataxie...

L'ecstasy n'entraînerait pas de dépendance *physique*.

- En cas d'abus, on observe :

- une arythmie cérébrale à l'électroencéphalogramme (E.E.G.), de la **rigidité musculaire**
- une **hyperthermie (parfois mortelle)** par atteinte directe du **centre thermorégulateur** hypothalamique
- des atteintes des **artères coronaires**
- un **coma** et, pour des doses vraisemblablement supérieures à 150 mg, la mort.

Références

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck** de diagnostic et thérapeutique, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988, p. 1586.

THUILLIER J., - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN** L., - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.

1.2.5.2 La MDEA ou *Eva*

La méthylldioxy, 3,4-éthylamphétamine (MDEA ou **Eva**) est vraisemblablement tout aussi active que l'**XTC** mais a été "oubliée" dans l'A.R. du 2.12.1988 réglementant certaines substances psychotropes...

Ses effets cliniques sont superposables à ceux de l'ecstasy...

1.2.5.3 La DOM ou *S.T.P.*

Les hallucinogènes de synthèse sont généralement plus actifs et plus dommageables que les dérivés naturels. Ainsi la **DOM** ou 4-méthyl, 2,5-diméthoxyamphétamine, synthétisé par SNYDER en 1967, est appelée "**STP**" (*s*écurité, *t*ranquillité, *p*aix) dans le monde de la drogue... Cette dernière appellation est pour le moins trompeuse, car ce dérivé de l'amphétamine se caractérise par des propriétés **hallucinogènes** 30 fois supérieures à celles du LSD et 100 fois supérieures à celles de la mescaline !

1.2.5.4 La 4-MTA

Les Pays-Bas ont *interdit* cette drogue le 6 juillet 1999 ; la Belgique devait suivre. La 4-MTA (4-méthylthioamphétamine) est un dérivé de l'amphétamine associé à au moins 5 décès dans l'Union Européenne. Selon l'Observatoire Européen des Drogues, cette drogue de synthèse provoque davantage d'effets indésirables et de surdoses que l'**ecstasy**. Elle se présente sous forme de pilules et a déjà été à l'origine de plusieurs overdoses dont quatre aux Pays-Bas. Elle n'a pas encore eu d'issue fatale en Belgique. La 4-MTA est particulièrement dangereuse car **ses effets sont très lents** à se faire sentir, ce qui peut entraîner le consommateur à en reprendre plusieurs fois. La 4-MTA est souvent utilisée en combinaison avec l'*ecstasy*, l'alcool et la méthadone.

En juin 1999, la Commission Européenne a lancé une campagne contre cette substance psychoactive, qu'elle considère comme étant « *uniquement produite à des fins illicites* »; elle propose d'étendre à toute l'Union Européenne les mesures de contrôle et les sanctions pénales. (Réf.: *La Libre Belgique*, 8 juillet 1999)

1.2.6 La mise en évidence des imprégnations

La mise en évidence d'une imprégnation par l'une ou l'autre drogue est aujourd'hui une démarche relativement aisée pour autant que l'on dispose d'un minimum de moyens techniques et que l'on choisisse le milieu biologique le plus adéquat pour de tels examens. Il s'agit en effet de déceler une imprégnation résultant de la prise, durant une période souvent prolongée, de doses relativement faibles d'une ou de plusieurs drogues psychotropes.

Dans ces conditions, contrairement à ce qui se fait dans le cadre de la surveillance de certaines thérapeutiques médicamenteuses ("*monitoring*" thérapeutique) ou dans celui des diagnostics des intoxications aiguës, on n'aura qu'exceptionnellement recours à un examen sanguin. Sauf dans le cas d'une imprégnation par l'alcool ou par solvants chlorés ou autres, pour laquelle l'examen sanguin reste souhaitable, voire indispensable, on accordera le plus souvent la préférence à un **examen urinaire**, milieu plus propice, compte tenu des données métaboliques et des techniques actuellement disponibles, à la recherche d'une imprégnation par drogues légales ou illégales.

La grande sensibilité des **techniques immunologiques** est un atout de première importance pour les laboratoires qui y ont recours, mais cet atout peut s'avérer une arme dangereuse dans la mesure où il permet la détection de niveaux d'imprégnation pouvant échapper aux techniques classiques et peut dès lors parfois rendre difficile la **confirmation toujours nécessaire par une autre technique**.

Ceci implique que l'on fasse preuve de **prudence dans l'interprétation des résultats** et qu'avant d'arrêter un diagnostic dont les conséquences peuvent être graves, on veille à répéter les examens sur des prélèvements effectués à différents moments de la journée. Compte tenu de ce qui précède, on peut affirmer que les chances de succès d'une mise en évidence d'une imprégnation par drogues légales ou illégales dépendront fondamentalement, outre **la qualité et l'expérience du laboratoire** auquel il sera fait appel :

- de la **qualité de l'anamnèse** et de la richesse des éléments d'information qui seront fournis au laboratoire
- de la **qualité des échantillons** transmis.

Le plus souvent un **échantillon de quelques ml d'urine** suffira pour un premier examen.

Sur base des informations actuellement disponibles, on peut déceler dans l'urine les

- **amines psychostimulantes et/ou anorexigènes** (“amphétamines”) 24 à 48, voire 72 heures après consommation
- **benzodiazépines** : plusieurs jours après consommation
- **cannabinoïdes (THC's)** : 12 à 72 heures après une prise isolée et jusqu'à 1 à 4 semaines en cas de consommation chronique importante
- **cocaïne** : 3 à 6 heures
- **benzolecgonine** (métabolite de la cocaïne) : 2 à 4 jours
- **méthaqualone** : 1 à 4 jours
- **morphiniques** : 24 à 48 heures
- **phencyclidine** : 15 à 30 jours.

Ces informations reposent sur les possibilités actuelles de la plupart des techniques de type immunologique, enzymo-immunologique en particulier.

Références

NOIRFALISE A., 1987 ; **WENNING R.**, 1992 ; ULg, Faculté de Médecine, TOXICOLOGIE et BROMATOLOGIE

1.3 Le vocabulaire de la drogue

1.3.0 Un peu d'ethnolinguistique...

• « *L'interdit qui pèse sur la drogue a, comme pour le sexe, engendré une **prolifération de mots** et d'expressions désignant des substances, des pratiques et des sensations officiellement prohibées. »* (CAHOREAU et TISON, 1987)

• La prolifération linguistique est aussi un **signe des préoccupations** essentielles – voire obsessionnelles – d'une population donnée : l'étude de cette multiplication des mots permet de **mieux comprendre** cette population.

De même que le linguiste s'émerveille de la richesse des **nuances** dont disposent les Eskimos pour décrire les différents aspects de la neige (une cinquantaine), de même peut-on décrire des dizaines de synonymes et variantes pour les drogues et leurs effets...

• Il nous semble aussi que **la langue** des toxicomanes (et ses différents dialectes anglais, français, *franglais*, etc.), langue qui – comme toutes les langues – **véhicule une culture originale**, pourrait bien devenir un élément de base **d'une classe sociale marginalisée**, voire **d'un groupe ethnique en formation** devant nos yeux...

Les mots et expressions reflètent l'environnement, les objets, les sensations physiologiques, les sentiments... parfois même **les valeurs du groupe** et certaines formes de pensée, une relation au monde, **une approche unique** du monde... (BRETON, 1992, p. 32)

• Plutôt que de présenter le riche **vocabulaire** de la toxicomanie et de la drogue en annexes – annexes que classiquement personne ne lit –, nous avons délibérément inclus ce “dico” en début de notre abrégé, car nous sommes persuadés que l'acquisition d'éléments de cette « **philologie en marche** » est une condition *sine qua non* de l'ouverture du **dialogue**, de l'**écoute** et donc de la **thérapie**...

Des éléments d'ethnolinguistique devraient peut-être être enseignés aux médecins et aux travailleurs sociaux !

1.3.1 Le vocabulaire de la consommation de drogue

Accoutumance	= Tolérance [ce dernier terme est actuellement préféré, au moins par les pharmacologues, et est préférable] ; le mot <i>accoutumance</i> a été utilisé comme synonyme d'acclimatement, de toxicomanie, de pharmacodépendance ou de tolérance à l'égard d'une drogue : <i>il devrait être supprimé du vocabulaire des toxicomanies car il est ambigu</i> (SILLAMY, 1995, p. 4)
Accro, Accroché	[Substantif et adjectif] Dépendant, toxicodépendant (surtout physiquement), pharmacodépendant, = <i>hooked</i>
Accrocher (S' - où Être -)	Être habitué à un produit au point de ne plus pouvoir s'en passer ; dépendance forte à un stupéfiant ou à n'importe quelle drogue, dépendance surtout physique (mais pas exclusivement) ; traduction littérale de (<i>to be</i>) <i>hooked</i>
Acid partie [vieilli]	Réunion pour consommer du LSD en groupe
Ad, Addict, Drug addict	Personne accoutumée à une drogue = un drogué
Affiondjis	Mangeur d'opium (très rare en Europe...)
A-head	Toxicomane aux amphétamines
Artillery, Artillerie	Nécessaire pour se faire une injection ; = <i>factory</i> , = <i>machinery</i>
Assuétude	Actuellement utilisé comme synonyme de dépendance (au minimum psychique)
AT	Endroit où se déroule une partie de drogue
Atterrir	Voir cesser les effets de la drogue
Bad trip	= <i>Mauvais voyage</i> (sous effet du LSD ou de toute autre drogue) ; sensations extrêmement désagréables, angoisse, dépression, panique, terreur, etc. ; dans certains cas, le <i>bad trip</i> peut durer plusieurs heures voire plusieurs jours ; le <i>bad trip</i> est dangereux tant pour le consommateur que pour l'entourage ; = <i>mauvais trip</i> , <i>trip out</i>
Bagman	= <i>Dealer</i> , vendeur de drogue (USA)
Ballon, Balloon	Ballon en plastique contenant de l'héroïne
Bambino	Dose d'amphétamine prête à l'injection ou amphétamine elle-même
Barre, Barrette	Dose de haschich (Cannabis) au détail, sous forme

de plaquette ressemblant à une barre de chocolat ;
une *barre* pèse environ 3 g et est négociée aux
alentours de 12,5 € en 2000

Bean	[Singulier] Capsule d'un stupéfiant ; <i>beans</i> [pluriel] = amphétamines
Bégo	[Verlan] = <i>gober</i> , soit prendre un <i>exta</i>
Be-in	Drogue partie, réunion importante de drogués
Big man	Revendeur de drogue important
Bille	Forme sous laquelle sont conditionnés l'héroïne ou la cocaïne ; = <i>boule</i>
Blanc	[Adjectif] En manque d'opiacé, = <i>white</i> (fait référence à la vasoconstriction ou pâleur du visage...)
Blasted	Etre intoxiqué par une drogue, = <i>bombed</i>
Blower	Fumeur de marijuana
Bombed	Intoxiqué, défoncé aux stupéfiants, = <i>blasted</i>
Borm	<i>Flash</i>
Bouger en teuf	Aller en <i>rave</i>
Boule	Forme sous laquelle sont conditionnés l'héroïne ou la cocaïne ; = <i>bille</i>
Boum stup	Réunion d'initiation à la drogue
Boxed	Placé en prison, détenu
Bread	L'argent
Bull	Officier de police plus ou moins spécialisé dans les affaires de stupéfiants (USA°)
Buvarde	Buvarde sur lequel sont versées plusieurs doses de LSD ou [par métonymie] le LSD lui-même ; = <i>carton</i> , <i>timbre</i>
Camé, Camard	Un drogué
Canon anti-aérien, DCA	Héroïne fumée dans une cigarette
Carton	Carton sur lequel sont versées plusieurs doses de LSD ou [par métonymie] le LSD lui-même ; = <i>buvarde</i> , <i>timbre</i>
Cassé	[Argot] Ivre (alcool), <i>pété</i> , <i>défoncé</i> (drogue)...
Chilom, Shilom, Shilum	Pipe pour fumer l'opium ou le cannabis
Chinois (Un -)	Héroïne placée sur un papier aluminium, chauffée par-dessous (à l'aide de briquet, bougie...) et renflée
Chnouf [très vieilli]	Héroïne ou cocaïne ; de façon plus générale, une certaine quantité de toute drogue

Cocktail	1. Mélange de plusieurs substances (drogues et/ou médicaments) : voir “polytoxicomanie” ; 2. [dans un sens plus restrictif] mélange d' opiacés avec des amphétamines
Cold turkey	= Sevrage bloc ou sevrage sec de la drogue
Coming down	Retour d'un voyage au LSD
Cône	= <i>Joint</i>
Cool	[Adjectif] Décontracté <i>ou</i> euphorique ; [adjectif substantivé] drogue dont l'effet principal est sédatif
Coupe (Produit[s] de -)	Produit(s) de substitution servant à rallonger toutes les drogues, soit pour faire du volume, produits inactifs, soit pour en potentialiser l'effet, produits actifs
Crash	Chute, écrasement, “descente“ après prise de cocaïne ou de crack...
Craving	Envie impérieuse de reconsommer le produit lors du sevrage ou après celui-ci
Croissant d'Or	Région d'Asie comprenant le Pakistan, l'Afghanistan, l'Inde et l'Iran
DCA, Canon anti-aérien	Héroïne fumée dans une cigarette, pratique courante apparue d'abord en Asie et puis qui a gagné l'Europe et les USA
Deal	Vente de drogue avec bénéfice
Dealer	[Substantif] Vendeur de drogue, revendeur = <i>bagman</i>
Dealer, To deal	[Verbe] Vendre de la drogue
Décrocher	Abandonner, cesser de s'intéresser à quelque chose ; arrêter de prendre de la drogue, se sevrer (ou tenter de se sevrer) d'une drogue
Défait (Être -)	État de quelqu'un qui a consommé de la drogue ; = (être) <i>fait, raide, pété, stoned...</i>
Défonce (La -)	[Substantif féminin] 1. La drogue [en argot] ; 2. [par extension] ce mot désigne aussi les états et les pratiques qu'induit l'usage d'une drogue
Défoncé, def (Être -)	Être sous l'emprise de la drogue ; ne plus être normal ; être dans l'état de quelqu'un qui a pris de la <i>défonce</i> ; = être <i>raide, défait, pété, stoned, déchiré, fracassé...</i>
Défoncer (Se -)	Prendre de la drogue ; = <i>se retourner la tête, se déchirer, se fracasser à la dope...</i>

Descente	Moment où la drogue n'a plus d'effet, retour à la réalité après un <i>voyage</i> ; phase dépressive survenant après une phase d'excitation (par ex. cocaïne)
Dope (La -)	1. [Terme générique d'argot pour] Toute drogue destinée à un drogué. 2. [Dans un sens plus restrictif] Héroïne
Dopé	[Adjectif et substantif] Drogué (en Wallonie, plus rare dans ce sens en France)
Dreu	Droque ; étymol. : [verlan apocopé ou "veul" des années 1990] de <i>poudre</i> [argot]
Droque	Substance pouvant modifier l'état de conscience <u>et</u> susceptible d'entraîner une dépendance
Drogué	Celui qui consomme régulièrement des drogues, = toxicomane
Drop	Ingestion d'une drogue sous forme de capsule
Écho	= <i>Flash-back</i>
Effet parano	Délire flou de type paranoïde ou sentiment de persécution, le plus souvent chez l'utilisateur d'amphétamines, mais aussi parfois chez l'utilisateur d'autres stupéfiants (héroïne, etc.)
Entonnoir	Réceptacle de papier pour fumer l' <i>herbe</i> ou le haschich
Escalade	Aggravation de la toxicomanie, passage d'une « drogue douce » à une « drogue dure » <i>ou</i> passage d'une « utilisation douce » (épisodique) à une « utilisation dure » (avec dépendance)...
Factory, Factories	Seringue avec tous ses accessoires, instruments destinés à la préparation et à l'injection d'une drogue (par exemple pour injecter de l'amphétamine...) ; = <i>artillery</i>
Fags	Cigarette de tabac
Faire les courses	Acheter de la drogue
Filtre	Petit tube en carton que l'on place au bout du <i>joint</i>
Fix, Fixe (Un -)	Une injection intraveineuse (I.V.), = (un) <i>shoot</i>
Fixer (Se -)	(Se) piquer, (s') injecter en I.V., = (se) <i>shooter</i>
Flash	Sensation de plaisir intense « du corps tout entier », qui dure quelques secondes et qui suit généralement le <i>fix</i> de la drogue, par ex. après injection de 0,25 g d'héroïne ; = <i>rush, borm</i>

Flasher	Avoir un flash
Flash-back	Retour, réapparition spontanée et inattendue des effets d'une drogue(par ex. du LSD), plusieurs jours ou même plusieurs semaines après une prise, sans qu'une nouvelle dose de produit n'ait été utilisée ; = <i>écho, return trip</i>
Flip	État d'angoisse subi pendant un <i>trip</i> ; peur ou panique
Flipper	[Verbe d'argot, depuis environ 1968] 1. Être angoissé 2. [Plus tard] Perdre la tête sous l'effet d'une drogue ; sensation de devenir fou, de perdre conscience de ce que l'on fait ; apparition d'effets non souhaités, par ex. d'angoisse lors d'un <i>bad trip</i> avec le LSD
Flippeur, flippeuse	Celui ou celle qui <i>flippe</i>
Float (To -), floating	Être sous l'influence de la drogue
Freak-Out (To -)	Perdre la raison sous l'effet d'hallucinogènes
Fumeur	Concerne plus particulièrement les fumeurs de haschich ou de marihuana
Fun (Avoir du -)	(Avoir du) plaisir ou de l'amusement
Galère	Terme relatif au « cycle infernal » dans lequel les drogues poussent le toxicomane ; ce cycle est composé essentiellement de la recherche quotidienne (parfois compulsive) d'argent ou de drogue, du prosélytisme, du trafic de drogue et de tout autre comportement délinquant. La <i>galère</i> peut signifier aussi l'isolement dans lequel se trouve le drogué, la marginalisation sociale, la pauvreté et son cortège d'angoisses
Galérer	Signifie l'état d'errance d'un toxicomane en recherche de drogue
Gassing	Respirer des vapeurs d'essence, de <i>gas</i> (USA)
Gear	L'attirail ou le matériel destiné à l'injection d'une drogue
Gober, bégo [en verlan]	Prendre un <i>exta</i>
Gone (To be -)	(Être) <i>défoncé</i> , en train de <i>planer</i> , (être) sous l'effet d'une drogue
Good trip	Bon <i>voyage</i> (par ex. avec le LSD)
Gun	Aiguille à injection
Habit	Usager habituel de drogue

High (Être -°),	
Haut [plus rare]	[Adjectif] Expression anglaise pour signifier que l'on se sent bien après absorption, hilare ou euphorique ; (être) dans la plénitude d'une drogue ; = (To be) <i>up</i>
Hip (To be -)	(Être) initié à la drogue
Hypo (Une -)	Une aiguille (hypodermique)
Insuline	Une petite seringue, notamment à insuline, mais pas seulement... (surtout en Belgique francophone)
Joint	Cigarette généralement conique, cigarette roulée et "fermée" aux deux bouts par torsion du papier à la manière d'un "bonbon", contenant de la <i>marihuana</i> ou du <i>haschich</i> , purs ou en mélange avec du tabac (le plus souvent blond) ; ce <i>joint</i> est surtout utilisé par les Européens et les noirs Américains ; = <i>pétard</i> [mot plus souvent utilisé que <i>joint</i> en 2001] ; = <i>tarpé</i> [en verlan], <i>stick</i> , <i>keusty</i> [en verlan], <i>cône</i> ...
Jones	Individu dépendant de la drogue
Jumbo, Jimbo	Grosse capsule (de crack)
Junkie, Junky, Junk	Utilisateur de drogue(s) dure(s) : héroïne, cocaïne, morphine... Ce terme ne s'adresse pas à l'utilisateur de LSD
Kick	Extase due à la drogue et à ses effets sur l'organisme ; signifie en anglais "un petit coup"
Kilo-man	Semi-grossiste vendant la drogue au kilogramme
Lid	Une once de <i>marihuana</i>
Ligne , Line	Une dose de drogue en poudre (cocaïne ou plus rarement héroïne), arrangée en forme de ligne et prise par voie nasale, à l'aide d'une paille ou d'un billet de banque roulé ; = <i>rail</i> (ligne géante)
Lune de miel	Premier temps d'une expérience toxicomaniaque ; dans un sens plus restreint, plaisir provoqué par l'héroïne
Machinery	Seringue avec tous ses accessoires (notamment pour injecter de l'amphétamine...), = <i>outfit</i>
Manque (Le -)	<i>Être en manque</i> , signifie pour un toxicomane être en état de malaise lié à l'absence de drogue ; syndrome de privation d'une drogue, comprenant divers malaises somatiques et une dépression
Marmite	Se dit d'une jeune fille <i>junkie</i> généralement âgée

entre 15 et 25 ans, vivant avec un *junkie* et subvenant à tous ses besoins notamment par le biais de la prostitution et/ou de la délinquance ; étymologie possible : de « *faire bouillir la marmite* », c'est-à-dire rapporter de l'argent...

Meth-head	Consommateur d'amphétamine(s)
Montée (La -)	Sensation qui précède le <i>flash</i> et le <i>flash</i> lui-même
Mix, mixte (Le -)	Produit de coupe, sans effet toxicomanogène [en Belgique francophone ; étymol. possible : en anglais, <i>to mix</i> = mélanger]
Narcodollars	L'argent qui provient de la fabrication et du commerce de la drogue
Narcotrafiquant	Personne qui fait, dirige ou intervient dans... le commerce de la drogue
Narghilé	Grande pipe à eau, permettant de fumer le tabac, le cannabis ou les deux substances mélangées, notamment en Afrique du Nord, Égypte, etc.
Naze (Être -)	Être fatigué, hors d'état de fonctionner, hors d'usage, fichu [en argot classique] ; être <i>défoncé</i> à la dope [en argot plus récent], = <i>stoned</i> ...
Naze	[Substantif indiquant une personne] Pauvre type, allumé, <i>baltringue</i> ; toxicomane sous l'influence de sa drogue
O.D.	[Abréviation de] <i>Overdose</i>
Oinche	= <i>Joint</i> [en verlan]
On a trip	Sous l'influence psychédélique d'une drogue
On the nod	Sous l'influence d'une drogue
On the stuff (To be -)	(Être) un toxicomane
Outfit	Seringue avec tous ses accessoires (notamment pour injecter de l'amphétamine...), = <i>machinery</i>
Overdose, O.D.	Accident grave ou mort en rapport avec un problème de consommation d'une drogue (psychotrope) ; l' <i>overdose</i> est le plus souvent provoquée par surdosage volontaire ou accidentel d'une drogue, mais peut aussi se rencontrer dans l'intoxication simultanée à <i>plusieurs</i> psychotropes dont les effets peuvent se multiplier (polytoxicomanie) ; en bon français, <i>overdose</i> devrait idéalement être traduit par <i>surdosage</i>
Ourdé	[Argot] Ivre ; = <i>cassé, pété, plié, bu, cisailé, fait,</i>

	<i>chargé, chargé à cul, etc.</i>
Pad	La maison ou l'endroit où vit un toxicomane
Paquet, Pacson [argot]	Forme sous laquelle sont conditionnés l'héroïne ou la cocaïne ; = <i>képa</i> [en verlan]
Parano	Sentiment de persécution éprouvé par un toxicomane
Pétard, Tarpé [en verlan]	Cigarette généralement conique de <i>Cannabis</i> (seul) ou d'un mélange de tabac et de <i>Cannabis</i> ; = <i>joint</i> (mode de consommation) ; parfois utilisé comme synonyme de <i>Cannabis</i> (<i>haschich</i> ou <i>marijuana</i>)
Pété	État de quelqu'un qui a consommé de la drogue, ivre ; = <i>raide, défait, défoncé, def, stoned, stone, déchiré, fracassé, cassé...</i>
Pied	Sensation agréable, de bien-être, éprouvée par le toxicomane, euphorie
Piki	Fumeur d'opium
Piquouze [vieilli]	Injection de drogue, principalement par voie intraveineuse ; = le <i>fixe</i>
Planer	1. Être dans un état de bien-être, d'euphorie après l'absorption ou l'injection d'une drogue ; 2. se sentir dans dans un état de confusion mentale et spirituelle, donnant l'impression à l'utilisateur de drogue d'être libéré, d'être ailleurs, voire de voler [d'où l'étymologie] ; l'esprit est comme détaché du corps, mais peut être contrôlé
Planète	Sensation de plénitude et de vol, produite par la drogue ; <i>planer</i> très haut (<i>petite planète : planer pas très haut</i>)
Polytoxicomanie	Dépendance à un mélange de drogues, réalisé pour en potentialiser les effets ; néanmoins, il y a généralement une drogue dominante dans les différents mélanges ou <i>cocktails</i>
Pompe	[Substantif féminin] Seringue à injection
Pot-head, Regular pot-head [vieillis]	Individu devenu psychologiquement dépendant d'une consommation quotidienne de cannabis à forte dose
Poudre	[Argot] Drogue ; = <i>dreu</i> [en verlan apocopé, ou "veul" des années 1990]
Poussière(s)	Syndrome pouvant être provoqué par les produits

de coupe de la drogue

Psychédélique	[Adjectif] Se dit des effets visuels, entre autres, des hallucinogènes
Psychotrope	[Adjectif et substantif] (Substance chimique) qui agit sur le psychisme du consommateur
Pusher	Vendeur de drogue, <i>dealer</i> , pratiquant le prosélytisme
Queue du dragon	Il s'agit de respirer la fumée d'un mélange d'héroïne et de barbiturique principalement
Raccrocher	Rechuter, après avoir été sevré
Raide, raid	État de quelqu'un qui a consommé de la drogue ; état de fatigue extrême ; = <i>pété, défait, défoncé, def, stoned...</i>
Raide def	[Superlatif par redondance du terme précédent] Complètement <i>pété</i> , complètement <i>défoncé...</i>
Rail	= <i>Ligne</i> (géante)
Rave	1. Endroit où l'on peut écouter de la musique techno ; 2. la fête de musique techno ; 3. voire [par extension] toute fête quelle qu'elle soit
Reniflette, Respirette	Renifler de la cocaïne ; = <i>sniff</i>
Retourner la tête (Se -)	Se <i>défoncer</i> , se déchirer, se fracasser à la dope
Return trip	= <i>Flash-back</i>
Roach	Mégot de <i>joint</i> ; ou <i>marihuana</i> elle-même
Run	Cycle durant lequel un drogué se trouve sous l'effet des amphétamines
Rush	= <i>Flash</i> ; ou <i>popper</i>
Scratché (Être -)	Avoir les yeux et le regard particulier des drogués
Shilom, Chilom, Shilum, Schilum	Pipe pour fumer l'opium ou le cannabis
Shoot (Le -)	Injection (notamment d'héroïne) par voie I.V. (intraveineuse), = <i>fix</i>
Shooter (ou se -)	[Argot] 1. (Se) droguer, (s')injecter en I.V., = <i>fixer</i> . 2. Être passionné : « <i>Il se shoote à la télé.</i> »
Shooteuse	Une seringue ; = une <i>pompe</i> , une <i>insuline...</i>
Skin-popping	Injection intradermique ou hypodermique d'une drogue (par des débutants ou, au contraire, par des toxicomanes en fin de parcours ne disposant plus de veines accessibles
Smashed (To be -)	(Être) Intoxiqué

Smoke-in	Séance ou fumerie à la marihuana
Sniff (Un -)	Une prise (notamment de cocaïne...) par voie nasale
Sniffer, To sniff	1. Priser une drogue en poudre (<i>cocaïne</i> ou plus rarement <i>héroïne</i>) ; 2. Respirer, renifler et absorber par le nez un produit volatile (par ex. un solvant, de la colle, des vapeurs d'héroïne...) ; on dit aussi le <i>sniffing</i> ou le <i>sniffage</i>
Space cake	Gâteau (<i>cake</i>) contenant de la marihuana ou du haschich (assez rare en Belgique)
Speed (Le -)	1. Amphétamine ; 2. mais aussi l'état d'énervement dû à l'usage d'un produit stimulant quelconque
Speedé	[Adjectif] Excité, énervé, sous l'influence d'un stimulant (par ex. amphétamine, cocaïne...) ; [adjectif substantivé] le consommateur d'amphétamine(s) ;
Speeding, To speed	Injection I.V. d'un stimulant (amphétamine = <i>speed</i>)
Squat	Bâtisse où dort et demeure le toxicomane, souvent taudis utilisé sans autorisation ni loyer
Squatter	[Verbe] Dormir ou habiter dans un bâtiment inoccupé ou dans un taudis, le plus souvent sans autorisation ni loyer...
Stick [argot anglo-américain], Keusty [en verlan]	<i>Petite cigarette cylindrique de marihuana pure ou de haschich (USA), plus discrète que le joint</i>
Stoned, stone	État de celui qui a consommé de la drogue, avec diminution du sens des réalités ; = <i>pété, raide, défoncé, naze...</i>
Tarpé	= <i>Pétard</i> [en verlan] ; = <i>joint...</i>
Tea party	Partie durant laquelle on consomme de la marihuana
Teuf	= Fête [en verlan]
Teuf à donf	La fête avec la drogue, à fond [en verlan], à se <i>défoncer</i> la tête
Ticket	<i>Voyage au LSD</i>
Timbre	Timbre sur lequel sont versées plusieurs doses de LSD ; = <i>buvard, carton</i>
Tju bang, Tchou bang	Pipe droite à trois trous pour fumer le <i>haschich</i> ou pipe-à-eau

Tolérance	Adaptation physiologique permettant de supporter des doses croissantes de substances chimiques (pas seulement psychotropes)
Toxicomane, Toxic, Tox	= Drogué
Track	Cicatrices laissées par les injections sur les veines du toxicomane
Travailler	Se prostituer
Triangle d'Or	Région d'Asie du Sud-Est comprenant la Birmanie, le Laos, la Thaïlande
Trip, Voyage	Période variable, par ex. de 3 à 5 heures suivant une ingestion de LSD (pendant laquelle on "voit" la musique, on "sent" les couleurs, on fait un <i>voyage</i> vers un « <i>autre univers</i> »...) ; = <i>ticket</i> ; par extension, <i>trip</i> ou <i>voyage</i> s'utilise pour désigner la sensation d'euphorie, de bien-être, sans douleur ni anxiété, qui suit le <i>flash</i> après le <i>shoot</i> de toute drogue (hallucinogène ou non), par ex. héroïne... On peut faire parfois de <i>mauvais voyages</i> (voir <i>bad trip</i>)
Tripper	[Verbe] Faire un <i>trip</i> , <i>voyager</i> sous l'effet d'un drogue
Trip out	= <i>Bad trip</i>
Turned off (To be -)	(Être) Sevré à l'égard d'une drogue
Turned on (To be -)	(Être) Sous l'influence de drogue
Up (To be -)	(Être) En état d'euphorie ; = <i>high</i>
Vape, Vapes	[Subst. fém. sing. ou + souvent plur.] État dans lequel on se trouve après avoir pris une drogue ; étymol.: au début « <i>être dans les vapes</i> » signifiait seulement [en argot] être en syncope, être inconscient
Voyage	= <i>Trip</i> . Mauvais voyage = <i>mauvais trip</i> , <i>bad trip</i>
Washed (To be -)	(Être) Sous l'influence d'une drogue
Withdrawal	Sevrage de drogue, conduisant à un état dépressif ; ou ensemble du syndrome de sevrage
White	[Adjectif] En manque d'opiacé, = <i>blanc</i>
Wrap	[Argot anglo-américain] Bout de <i>crack</i> enveloppé

Références

- BRETON R.** - *Les ethnies*, P.U.F. coll. *Que sais-je ?* n° 1924, Paris, 1992, 128 p.
- CAHOREAU G., TISON C.**, - *La drogue expliquée aux parents*, Balland, France, 1987, 283 p.
- CARTER R.**, - *Pharmacodépendance et pharmacodélinquance*, Chiron, Paris, 1990, 430 p.
- DIAZ M., AFEWORK M.-E.**, - *La drogue*, Hachette, coll. *Qui, quand, quoi ?* n° 7, 1995, 80 p.
- GAGGINI L. et al.**, - *Drogues et toxicomanies*, coll. *Science et Santé*, hors-série n°7, Éd. A.C.P., Clichy, France, 1998, 128 p.
- MERLE P.** - *Argot, verlan et tchatches*, coll. *Les Essentiels Milan*, Éd. Milan, Toulouse, 1997, 64 p.
- NOIRFALISE A.**, - *Aspects toxicologiques des assuétudes*, Presses Universitaires de Liège, 1995, 105 p.
- SILLAMY N.** - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.3.2 Le vocabulaire des différentes drogues

Note préliminaire : les **mélanges** de drogues (ou *cocktails*), aux effets plus imprévisibles et donc plus dangereux, sont imprimés en lettres **grasses**.

A [prononcer "é"]	[Initiale anglaise de] Amphétamine(s), = <i>speed</i>
Acapulco gold, Gold	Variété mexicaine de cannabis
Acide, Acid	[Diminutif et argot pour] LSD ou autre drogue de type LSD (hallucinogène)
Adam	XTC
Afghan	Haschich d'origine afghane, très gras, très noir et très parfumé ; sa couleur noire caractéristique ressemble à celle du haschich du <i>Pakistan</i> ou du <i>Népal</i> ; sa teneur en THC peut atteindre 25 % à 29 %
Africain	Variété de <i>cannabis</i>
After-shave	Alcool éthylique ; étymologie possible : mode de consommation de l'alcool en prison
Agarics	Psilocybes
Amidone	Méthadone (France)
Amphé(s), Amph(s)	Amphétamine(s) et/ou dérivé(s), médicaments stimulants utilisés en toxicomanie comme drogues et produits de <i>coupe</i> ; = <i>speed</i> , <i>bennies</i> , <i>dexies</i> , <i>bambinos</i> , <i>dope</i> , <i>drivers</i> , <i>pep-pills</i> , <i>wake-ups...</i>
A moon	Peyotl (USA)
Amyl, Amys	Nitrite d'amyle inhalé ou capsule de nitrite d'amyle ; = <i>popper</i>
Angel dust, Angel mist	[Surnom du] PCP (phencyclidine) ; a aussi été utilisé (plus rarement) pour le LSD ; étymol.: la PCP fut ainsi appelée aux USA parce qu'elle était la drogue favorite des <i>Hell's Angels</i>
Antigel	Héroïne ou alcool éthylique
Backwards	Tranquillisant
Baïda [subst. fém.]	La cocaïne [en marocain]
Bambinos	Amphétamine et/ou dérivés
Banga, Bhang, Bang	Cannabis de l'Inde, haschich ou marihuana
Barbis, Barbitos	Barbituriques

Battu	Métamphétamine (aux Philippines)
Beans	[Pluriel] Amhétamines
Bennies	Pilules d'amphétamines ; étymol. possible : abréviation de <i>benzédrine</i>
Bellanox ®	Spécialité enregistrée en Belgique jusqu'en 2000, mélange de trois barbituriques (amobarbital 50 mg, brallobarbital 50 mg, sécobarbital 150 mg) ; il en subsiste encore des copies en préparation magistrale au marché noir
Benzédrine, Benzies, Bennies	Amphétamine
Bernice, Bernies	Cocaïne
Betel	Cath
Beu, Beuze	Marihuana ; étymol. : verlan apocopé (simplifié) de <i>beuher</i> = <i>herbe</i>
Big C [prononcer « <i>big ci</i> »]	[Abréviation anglaise de] Cocaïne ; étymol. : « C majuscule » en anglais
Big chief	Peyotl ou mescaline
Big D [prononcer « <i>big di</i> »]	[Abréviation anglaise de] LSD ; étymol. : « D majuscule » en anglais
Black Bombay	Variété de haschich d'origine indienne, produit dans la région du Cashemere
Blanche	Héroïne (de bonne qualité, bien raffinée, blanche, « n°4 », en France) ; <i>ou</i> cocaïne (en Belgique francophone, par ex. à Liège)
Blue acid, Blue cheer, Royal blue ...	LSD (comprimés bleus)
Blue birds, Blue devils, Blue heaven	Barbituriques
Blues	Barbituriques préparés artisanalement
Blue Velvet	Elixir parégorique + pyribenzamine (ou antihistaminique)
Bomb, Bombe américaine ou Bombe japonaise	Haschich, ou joint de marihuana à forte teneur en THC
Bomb A	Héroïne + marihuana
Bombido	Mélange d' amphétamine + héroïne <i>ou</i> amphétamine seule injectée
Boo	Marihuana
Brune, Brown, Brown sugar,	Héroïne brune (« n°3 »), en grains, parfois mélangée à de la caféine ; <i>brune</i> = héroïne tout court (en Belgique francophone)

Buprénorphine [DCI]	Opiacé de substitution ; utilisé par les médecins mais trouvé aussi sur le marché noir ; = <i>Temgesic</i> [®] , <i>Subutex</i> [®]
Burese	Cocaïne
Bush	Marihuana
Businessman's special	DMT (diméthyltryptamine)
Buttons	Peyotl
Butter flower	Marihuana
Buvard	Mode de transport du LSD ; mais parfois utilisé dans le sens de LSD [métonymie]
C [prononcer « ci »]	[Abréviation anglaise de] Cocaïne
C 274	Produit hallucinogène très actif, fabriqué par les labos Sandoz TM , dérivé de la <i>psilocybine</i> ; 10 à 18 µg provoquent un <i>voyage</i> de 4 à 5 heures
Caballo	Héroïne ; traduction espagnole de <i>horse</i>
Cactus	Peyotl, principal cactus hallucinogène
California dreaming	Mélange de LSD + amphotamine
Came (La -)	1. Héroïne ; étymol.: [Abréviation de] <i>Camelot</i> ; 2. [actuellement par extension] toute drogue illicite <i>ou</i> 3. une dose de drogue
Candy	Sédatif, barbiturique
Cannabinol	[Abréviation de] THC ou Delta-9 tétra-hydrocannabinol, principe (le plus) actif du <i>Cannabis sativa</i>
Cannabis	Marihuana <i>ou</i> haschich ; dans la rue, le nom scientifique <i>Cannabis</i> est connu mais plutôt réservé au haschich
Carrie	Cocaïne (aux USA)
Cartwheels	Amphétamines
Cath, Khat, Qat	Feuilles à mâcher, fumer ou infuser de <i>Catha edulis</i> , arbuste d'Afrique orientale (Ethiopie, Djibouti, Somalie)
Caveau (Le -)	L'héroïne... (sans commentaire, peut-être un éclair de lucidité ?)
Cecil	Cocaïne <i>ou</i> amphétamines
Chalk	Méthamphétamines
Champagne	Crack ; étymol.: à cause de l'aspect mousseux de la pâte de crack lors de sa préparation

Chandoo	Opium destiné à être fumé, placé en petite boule dans une pipe à opium
Chanvre indien (ou mexicain)	Ancienne appellation française du <i>Cannabis sativa</i> ; cette variété de chanvre ressemble à la plante textile mais est riche en résine et pauvre en fibres ; = <i>indian hemp</i> [en anglais] ; on en extrait le <i>haschich</i> et l' <i>herbe</i>
Charas, Chira (Inde), Chang	<i>Haschich</i> obtenu en récoltant la résine des sommités non coupées du <i>Cannabis sativa</i> , sur les mains, sur des étoffes ou sur un manteau de cuir, en se promenant parmi les plants
Charlie	Cocaïne ; étymol.: vient peut-être de la manière d'épeler "C" en télécommunications et à l'armée (américaine)
Cheval	Héroïne, traduction de <i>horse</i>
Chichon, chichounet [déjà vieillis] ...	[Verlan suffixé des années 1980] <i>Haschich</i>
Chief (The -)	LSD
Chiendent	Marihuana
Chinese rock, Héroïne rose	Héroïne chinoise, se présentant sous forme de cristaux roses, redoutable car parfois coupée à la strychnine...
Cholly	Cocaïne
Christmas, Xmas	Mélange d' amphétamine(s) et de barbituriques
Christmas trees	Barbituriques
Clintons	LSD
Coast to coast	Amphétamines
Cocktail Salan	Opium
Coca	Feuilles à mastiquer du cocaïer (<i>Erythroxylon coca</i>), arbuste originaire du Pérou et des pays voisins
Cocaïne	Principal alcaloïde extrait de la <i>coca</i> (feuilles du cocaïer), stupéfiant stimulant central et anesthésique local ; = <i>coke</i> , <i>neige</i> , <i>snow</i> , <i>cristal</i> , <i>white christmas</i> ...
Codéine	Alcaloïde dérivé de l'opium, antitussif, utilisé (surtout par les consommateurs) comme produit de substitution à l'héroïne
Coke [argot le plus usuel], Coc, Coco [ce dernier synonyme	

vieilli fut utilisé en France de
1930 à 1960],

C [prononcer « ci »]	[Abréviations de] Cocaïne
Colombien [masculin]	Variété de <i>cannabis</i>
Confiture	Marihuana ou haschich incorporés à du beurre fondu et puis mélangé à du sucre ; a – en fait – l'apparence et la consistance du beurre de cacahuètes
Co-pilots	Amphétamine et/ou dérivés
Corine	Cocaïne
Cory	Amphétamines
Crack	Cocaïne « base libre » ; étymol.: l'onomatopée <i>crack</i> évoque le bruit émis lors du chauffage ; le <i>crack</i> se présente sous forme de cristaux blancs, beiges ou bruns ; = <i>rock, cristal, soap, soupe, savonette...</i>
Crank	Métamphétamine (en Chine)
Cristal, Crystal, Chrystal	LSD ; plus récemment = <i>crack</i>
Crystal, Crystal meth	Métamphétamine
Cube	LSD
D [prononcer “ di ”]	[Abréviation anglaise de] LSD
Dada	Mélange héroïne + cocaïne
Dagga	Marihuana
Demerol	Meperidine (France)
Deumer	Haschich ; étymol.: <i>merde</i> en verlan, traduction littérale de <i>shit</i>
Dexies	Amphétamine et/ou dérivés
Diamorphine	Diacétylmorphine = <i>héroïne</i> (dénominations médicales)
DMT	[Initiales de] Diméthyltryptamine
Doe	Metamphétamines
Dolly, Dollies, Dolls	Méthadone
Doojee	Héroïne
Dope	1. Amphétamine et/ou dérivés stimulants (surtout dans les milieux sportifs) ; 2. [par extension] tout stupéfiant <i>ou</i> 3. [au sens restreint] seulement l'héroïne (en milieu toxico)
Double blue	Amphétamines + barbituriques

Double trouble	Barbituriques
Douce	Marihuana ; étymol. possible : abrég. de « <i>drogue douce</i> »
Downer	Librium [®] ou autre benzodiazépine
Dreamer	Morphine
Drivers	Amphétamine et/ou dérivés
Dross	Résidu d'opium fumé
Dust	Cocaïne
Dynamite	Cocaïne
Eau de Cologne	Alcool éthylique ; étymologie possible : mode de consommation de l'alcool en prison
Ecstasy, Exta, Ex, X	[Argot anglo-américain] MDMA, dérivé de l'amphétamine ; = <i>XTC, Zeta, Taze, TGV, Adam...</i>
Ensel	Morphine
Eva, Eve	MDEA ; étymol.: dérivée de <i>Adam</i>
Eye openers	Amphétamines
Fast food	Crack
Flake	Cocaïne
Flemish	Haschich
Fly	Cocaïne (aux USA)
Français	Variété de <i>cannabis</i>
Frimout	LSD (en Flandre) ; étymol. possible : de Dirk FRIMOUT, premier astronaute belge (!)
Ganja, Gunja (Inde), Ganga	Cannabis ; marihuana ; <i>ganja</i> est un terme surtout employé par les noirs ; <i>jaja</i> est le diminutif de <i>ganja</i>
Giggles-smoke	Marihuana
Gin	Cocaïne
Girl	Cocaïne
Glace	Métamphétamine ; étymol.: traduction de <i>ice</i>
Gold	1. Mélange LSD + Amphétamines + STP (!) ; 2. se dit aussi de la <i>marihuana</i> à forte teneur en THC que l'on trouve au Nord de l'Amérique du Sud et au Mexique = <i>Acapulco Gold</i>
Gold dust	Cocaïne
Golfballs	Barbiturique(s), sédatifs
Gorbatsjov('s)	LSD
Grass [vieilli en français]	Marihuana ; = <i>herbe</i>
Greenies	Amphétamines (Dexamyl)

Grise	Se dit de l'héroïne n°3 (ou <i>Brown sugar</i>) ; se dit aussi de l'héroïne qu l'on trouve en Grande-Bretagne, en Allemagne et aux Pays-Bas
H [prononcer "hach"]	[Abréviation de] Haschich (en France)
H [prononcer "hétch"]	[Abréviation anglaise de] Héroïne (aux USA)
Hag, Hog	PCP, phencyclidine
Hairy	Héroïne
Half moon, Moon	Peyotl
Happy dust	Cocaïne
Harry	Héroïne
Has	Marihuana
Haschich, Haschisch, Hasch, Hakik, H [prononcer "hach"]	Résine de <i>Cannabis sativa</i> ; étymol.: le mot <i>haschich</i> est d'origine turque ou arabe (où il signifie simplement de l'herbe ou un végétal) ; = <i>hakik</i> (d'apparition plus récente en argot parisien, prononcé comme feu COLUCHE) ; = <i>chichon</i> [verlan apparu vers 1980], <i>chichounet</i> [diminutif du précédent] ; = <i>shit</i> [masculin], <i>teuch</i> [masculin aussi, verlan du précédent] ; = <i>merde, deumer</i> [verlan du précédent]...
Hawk (The -)	LSD
Hay, Indian hay	Marihuana
Hearts	Amphétamines (Benzédrine ou Dexédrine)
Heaven dust	Cocaïne
Heavenly blues	LSD
Hemp	Chanvre [en anglais], Marihuana
Herbe	Marihuana (Cannabis) ; = <i>beu</i> [en verlan apocopé de <i>beuher</i>]
Héro, H [prononcer "hétch"]	[Abréviations de] Héroïne ; = <i>brune, came,</i> <i>poudre, smack, white lady, junk, pack...</i>
Hikori, Hikuli	Peyotl
Hocus	Morphine (aux USA)
Horse, Cheval, Caballo	Héroïne
Huatari	Peyotl
Huile	Concentré liquide de haschich, produit très rare sur le marché européen, à haute teneur en THC (tétra-hydrocannabinol), jusqu'à 60 %
Ice	Métamphétamine

Indian hay, Hay	Marihuana
Instant zen, Zen	LSD
Iranienne	Héroïne du Proche et Moyen Orient, de couleur généralement brunâtre
J [prononcer "djé"]	[Abréviation anglaise de] <i>Marijuana</i>
Jaja	[Diminutif de] <i>Ganja = marihuana</i> [surtout employé par les noirs]
Jellie babies	Amphétamines
Jive	Marihuana
Joint	Normalement mode de consommation, mais parfois employé comme synonyme de <i>Cannabis</i> [métonymie] ; = <i>oinj</i> [en verlan]
Joint sticks	Marihuana
Jolly beans, Beans	Amphétamine et/ou dérivés
Joy powder	Héroïne ou cocaïne
Jumbo, Jimbo	Grosse capsule de crack [en argot]
Junk, Junch	Héroïne ; <i>junk</i> est surtout utilisé aux USA
Khat, Kat	= Cath
Kif [vieilli en français]	<i>Cannabis, herbe</i> ; étymol.: dérive de l'arabe où ce mot désigne aussi un mélange de haschich et de tabac (Algérie, Maroc...)
LAAM	Lévo-alpha-acétyl-méthadol, opiacé de synthèse, dont la structure biochimique et l'utilisation thérapeutique se rapprochent de celle de la méthadone ; durée d'action plus longue que celle de la méthadone
Leaf	Cocaïne
Libanais	Haschich d'origine libanaise ou syrienne, très gras et couleur brun terre, marron ou vert foncé ; sa teneur en THC varie entre 11 % et 20 %
Lid poppers	Amphétamines
Limonade	Héroïne de mauvaise qualité
Locker room	Marque américaine de <i>popper</i> , nitrite de butyle ou isobutyle
Loco weed	Marihuana
Lords	Hydromorphone
Love, Love drug	MDA (méthylène-dioxyamphétamine) ou MDMA (<i>XTC</i>)
Love weed	Marihuana

LSD, LSD 25, "25"	[Initiales de l'allemand] Lyserg Saüre Diaethylamid , hallucinogène dérivé de l'acide lysergique, lui-même extrait de l'ergot de seigle [Bâle, 1934] (surtout à la mode dans les années 1970) = <i>lysergamide</i> [D.C.I.] ; = <i>acide, acid, buvard, carton, timbre, trip, sugar, gorbatchev, clinton, big D, superman...</i>
M	Morphine
Maconha	Marihuana
Mandrax	Métaqualone, hypnotique non barbiturique ; parfois pris en mélange avec l'alcool
Many	Héroïne
Marihuana, Marijuana, Mary Jane, Marie-Jeanne [vieilli], J [prononcer "djé", initiale anglaise], Mary warner	Efflorescences femelles, feuilles, graines et tiges du <i>Cannabis sativa</i> (Mexique, USA) ; les tiges et les graines doivent être éliminées avant de fumer les fleurs et les feuilles séchées ; la <i>marihuana</i> est fumée pure ou mélangée à du tabac ; = <i>herbe</i>
Marocain	Haschich d'origine marocaine, souvent de couleur kaki-verdâtre, plus rarement noir ou brun clair ; sa teneur en THC varie entre 8 % et 12 %
Max	[Abréviation de] Maxiton (amphétamine)
Médoc(s)	1. Médicament(s) au sens le plus large ; 2. parfois aussi [dans un sens plus restreint], médicament utilisé pour se droguer (souvent barbituriques ou benzodiazépines), par opposition aux drogues illicites
Méhédrine	Métamphétamine
Melter	Morphine
Mepecton [®]	Sirop antitussif de la firme DENOLIN [™] , contenant notamment du chlorhydrate de méthadone (1,1 mg / 5 ml)
Mephenon [®]	= Méthadone chlorhydrate [DCI] ; opiacé de substitution ; utilisé par les médecins mais trouvé aussi au marché noir ; différentes

	formes : 25 comprimés à 5 mg ; 6 ampoules s.c. à 10 mg / 1 ml ; firme : DENOLIN TM
Merde	Haschich, = <i>shit, deumer</i> [verlan]...
Mesc	Mescaline
Mescal beans, Mescal buttons	Peyotl
Méthadone, Métha	Opiacé de substitution ; utilisé par les médecins mais trouvé aussi au marché noir ; se présente sous forme de préparation magistrale (sirop, gélules...) et de spécialité : Mephenon [®]
Miel	Poudre à base de <i>Cannabis</i>
Miss Emma	Morphine
Mohasky	Marihuana
Monkey	Morphine
Moon, Half moon	Peyotl
Morphine, Morph, Morf, Morpho, Morphie, M...	Principal alcaloïde psychotrope de l' <i>opium</i> ; il est aussi produit par synthèse chimique ; utilisé médicalement comme analgésique puissant
Mu, Muggles	Marihuana
Mushrooms, Sacred mushrooms	Champignons psilocybes, et par extension la psilocybine
Mutah	Marihuana
Nederwiet	Marihuana (Flandre, Pays-Bas)
Neige	Cocaïne <i>ou</i> héroïne (plus rarement), sous la forme de poudre blanche
Népal	Haschich de couleur noire
Nimby, Nimbles	Barbituriques
Nose candy	Cocaïne (aux USA) ; étymol.: “ <i>sucré à nez</i> ”
Nose stickler	Cocaïne
Nouga	Haschich
O , Op	[Abréviations de] Opium
Oinj	[Verlan] <i>Joint</i>
Opium, Op, O	Extrait coagulé de capsules mûres de pavot somnifère ; se fumait dans des fumeries spécialisées ; actuellement presque introuvable en Europe de l'Ouest
Orange	Amphétamine, Dexédrine
Pach, Pako, Pack	Héroïne du Proche et Moyen Orient, pouvant

	provenir du Pakistan, de couleur brunâtre
Pakistan	Haschich de couleur noire
Palf	Palfium [®] (surtout en ampoules)
Paradise	Cocaïne (aux USA)
Parego	[Abréviation de] Élixir parégorique
Pavot (blanc)	Nom français du <i>Papaver somniferum</i> (à ne pas confondre avec le pavot rouge ou coquelicot) ; le suc du pavot (blanc) est l' <i>opium</i> qui donnera par transformations successives la <i>morphine</i> puis l' <i>héroïne</i>
PCP	Phencyclidine ; anesthésique qui a été utilisé par les vétérinaires pour les grands mammifères ; = <i>angel mist</i> , <i>poudre d'ange</i> , <i>hog</i> , <i>hag</i> , <i>peace pills</i>
Peace	DOM, = STP
Peace pills	Phencyclidine
Peaches	Amphétamines
Peanuts	Sédatifs
Pearly gates	LSD
Pentos	Mélange d' amphétamine + somnifères
Pep, Pep pills	Amphétamine et/ou autres dérivés stimulants, par exemple métamphétamine
Pervitine	Amphétamine (une de ses dénominations médicales) et/ou un de ses dérivés
Pestes des rizières	Opium
Pétard, Tarpé [en verlan]	1. Cigarette de (tabac et de) <i>Cannabis</i> = <i>joint</i> (mode de consommation) ; 2. parfois utilisé comme synonyme de <i>Cannabis</i>
Peyotl	Cactée d'Amérique Centrale, du genre <i>Lophophora</i> , dont le principal alcaloïde hallucinogène est la <i>mescaline</i>
Phennies	Barbituriques
Pilule, Pilule d'amour	MDA ou MDMA (<i>XTC</i>)
Pills	LSD
Pinks	Barbituriques
Pink size	Haschich
Pollum	Haschich
Pot, Pod, Pote [tous vieillis]	Marihuana ou haschich
Poudre	Héroïne
Poudre d'ange, Poussière d'ange ...	Phencyclidine ; étymol.: traduc. de l'anglais

	<i>Angel Dust</i>
Pravouse [vieilli]	Cocaïne <i>ou</i> [en argot] seringue
Prise	Cocaïne <i>ou sniff</i>
Psilocybine	Alcaloïde hallucinogène extrait des champignons psilocybes <i>ou Agarics</i>
Psilocybes	Champignons mexicains (hallucinogènes)
Purple	Haschich
Purple haze	LSD (en comprimés oranges)
Qat	= <i>Khat, cath...</i>
Queue du dragon	Il s'agit de respirer la fumée d'un mélange composé principalement d' héroïne et de barbiturique
Rabla [subst. fém.]	L'héroïne [en marocain]
Red and blues, Reds	Barbituriques
Red devils	Seconal [®] , barbiturique
Reefers	Marihuana
Rilatine	Amphétamine (une de ses dénominations médicales) <i>et/ou</i> un de ses dérivés
Roach	Marihuana ; <i>ou</i> mégot de <i>joint</i>
Roche	Rohypnol [®] = <i>flunitrazepam</i> (D.C.I.) ; étymol. : benzodiazépine commercialisée initialement par la firme ROCHE [™]
Rock, Roc	= <i>Crack</i> ; <i>rock</i> est utilisé surtout sur la côte Est des USA
Rope	Marihuana ; étymol. possible : <i>rope</i> = corde (de <i>chanvre</i>)
Rose (La -)	Héroïne rose d'origine chinoise, se présentant sous forme de cristaux roses, redoutable car parfois coupée à la strychnine ; = <i>chinese rock</i>
Roses	Amphétamines
Royal blue	LSD
Rush	Marque américaine de <i>popper</i> , nitrite de butyle <i>ou</i> isobutyle ; synonyme aussi de <i>flash</i>
Sacred mushrooms, Mushrooms	Champignons psilocybes, <i>et par extension</i> la psilocybine
Salt	Héroïne <i>ou</i> cocaïne
Savonnette	<i>Crack</i> ; étymol.: à cause de l'aspect savonneux de la pâte de <i>crack</i> lors de la préparation
Schoolboy	Codéine

Seccy	Barbiturique ; étymol. : abrég. de secobarbital
Seni	Peyotl
Serenity	DOM = <i>STP</i>
Shabu	Métamphétamine (au Japon)
Shit (Le -)	1. [Substantif masculin] Haschich (notamment marocain), en France ou en Belgique ; étymol.: la couleur du haschich ressemble souvent à celle de la <i>shit</i> = littéralement <i>merde</i> , en anglais ; 2. Héroïne (aux USA)...
Sin semilla	Variété de <i>marihuana</i> californienne ou mexicaine ; étymol.: = « sans graine », en espagnol, c.à.d. de bonne qualité
Smack [argot anglo-américain], Smeck, Snack	Héroïne
Smoke	Marihuana
Sniffing	Tout solvant chloré ou benzénique
Snow	Cocaïne
Solvants	Solvants chlorés ou benzéniques
Soupe, Soap	<i>Crack</i> ; étymol.: à cause de l'aspect savonneux de la pâte de crack lors de la préparation
Space cake	Gâteau (<i>cake</i>) contenant de la marihuana ou du haschich (très rare en Belgique)
Speed	[Substantif masculin] 1. Amphétamine et/ou (plus souvent) dérivé(s) de l'amphétamine comme la <i>métamphétamine</i> ; 2. signifie aussi l'état d'énerverment dû à l'usage d'un produit stimulant quelconque
Speed-ball, Speedball	Mélange de cocaïne + héroïne , généralement injecté, aux effets parfois imprévisibles et responsable de certaines <i>overdoses</i> dangereuses...
Star dust , Stardust	Cocaïne (aux USA) ; étymol.: poussière d'Étoile, drogue la plus chère dans les années 1930, accessible seulement aux Étoiles du rêve hollywoodien ; cinéma : dans <i>Les Temps Modernes</i> , Charlie CHAPLIN <i>sniffe</i> par erreur la cocaïne contenue dans une salière...
STP	DOM ; étymol.: initiales de <i>sécurité</i> , <i>tranquillité</i> , <i>paix</i> (ce qui est pour le moins

	une fausse promesse !)
Stuff	Haschich (en 1975), actuellement plutôt héroïne en langage familier (France)
Stup(s)	[Abréviation de] Stupéfiant(s) : 1. [au sens restreint] drogues dont la liste est établie par des accords internationaux et des lois nationales et qui sont soumises à un contrôle spécial ; 2. [dans un sens actuellement élargi, en rue] toute drogue
Subutex [®]	Buprénorphine [DCI], opiacé de substitution ; utilisé par les médecins mais trouvé aussi sur le marché noir (français) ; firme SCHERING PLOUGH [™] ; différentes formes de <i>Subutex</i> [®] : 7 comprimés sublinguaux à 0,4 mg ou 2 mg ou 8 mg ; autre dénomination = <i>Temgesic</i> [®]
Sugar	LSD
Sunny explo	LSD (petits logos oranges)
Superman	LSD
Tab	Morphine
Takrouri	Cannabis sativa (Tunisie)
Tea, Texas tea	Marihuana
Temgesic [®]	Buprénorphine [DCI], opiacé de substitution ; utilisé par les médecins mais trouvé aussi sur le marché noir (belge) ; firme : SCHERING PLOUGH [™] ; différentes formes de <i>Temgesic</i> [®] : 20 ou 50 comprimés sublinguaux à 0,2 mg ; 5 ou 10 ampoules i.m. ou i.v. à 0,3 mg / 1 ml ; autre dénomination = <i>Subutex</i> [®]
Teuch (Le -)	[Substantif masculin] <i>Shit</i> [verlan] ; = haschich...
TGV	[Argot] MDMA ; = <i>XTC</i> , <i>X</i> , <i>Ecstasy</i> , <i>Exta</i> , <i>Ex</i> , <i>Zeta</i> , <i>Taze</i> [verlan du terme précédent]...
Thaïlandaise	Héroïne blanche ("n°1" en France)
THC	[Initiales de] Delta-9 tétra-hydro-cannabinol , principe (le plus) actif du <i>Cannabis sativa</i> ; = <i>cannabinol</i>
Thing	Héroïne
Tigre	Héroïne
Tops	Peyotl

Tosh (Le -)	Haschich ; étymol.: =[verlan de] <i>shit</i>
Tranquility	<i>STP</i> ; = DOM
Trichlo	[Abréviation de] Trichloréthylène
Trip	[Métonymie] = LSD
Truck driver	Amphétamines
T's and blues	Mélange de pentazocine et tripelennamine (aux USA)
Turc	Haschich
Turnabout	Amphétamines
Unkie	Morphine
Uppers, ups	Amphétamines ; <i>ou</i> autres stimulants ou excitants
Vesparax [®] , Vespa	Spécialité enregistrée en Belgique jusqu'en 2000, contenant un mélange de deux barbituriques (brallobarbital 50 mg, sécobarbital 150 mg) et d' un sédatif non barbiturique (chlorhydrate d' hydroxyzine 50 mg) ; très apprécié par les barbituromanes et polytoxicomanes, retiré de la vente en 2000, le « Vesparax » est cependant toujours présent au marché noir en 2002, sous la forme de préparations magistrales (peut-être grâce à la complicité de médecins et de pharmaciens peu attentifs voire peu scrupuleux...) ; l' <i>overdose</i> de « Vesparax » ou d'un <i>cocktail</i> comprenant le « Vesparax » est fréquemment mortelle
Volatils	Solvants divers ou hydrocarbures volatils
Wake up(s)	Amphétamine et/ou dérivés
Wedding bells	LSD
Weed, Weet, Wiet *	Marihuana ; étymol.: <i>weed</i> = graine ; (* <i>wiet</i> : Flandre, Pays-Bas)
White Christmas	Cocaïne ; étymol.: « Noël blanc », c'est-à-dire <i>Neige</i> ...
White girl	Cocaïne
White lady	Héroïne
Whites	Amphétamines
White stuff	Morphine ou héroïne (en France)
Wrap	[Argot anglo-américain] Bout de <i>crack</i> enveloppé
Xmas, Christmas	Mélange d' amphétamine(s) et de

barbituriques

XTC, X, Ecstasy, Exta, Ex, Zeta, Taze [verlan], TGV [argot]	MDMA ; étymol.: la prononciation des trois lettres XTC se rapproche en anglais du mot <i>ecstasy</i>
Yellow jackets, Yellows	Barbituriques
Zareth	<i>Cannabis sativa</i> (Syrie)
Zen, Instant zen	LSD
Zéro noir, Zéro brun, Zero-zero	Haschich

Références

- CAHOREAU G., TISON C.** - *La drogue expliquée aux parents*, Balland, France, 1987, 283 p.
- CARTER R.**, - *Pharmacodépendance et pharmacodélinquance*, Chiron, Paris, 1990, 430 p.
- DIAZ M., AFEWORK M.-E.**, - *La drogue*, Hachette, coll. Qui, quand, quoi ? n°7, 1995, 80 p.
- GAGGINI L. et al.**, - *Drogues et toxicomanies*, coll. Science et Santé, hors-série n°7, Éd. A.C.P., Clichy, France, 1998, 128 p.
- MERLE P.** - *Argot, verlan et tchatches*, coll. Les Essentiels Milan, Éd. Milan, Toulouse, 1997, 64 p.
- NOIRFALISE A.**, - *Aspects toxicologiques des assuétudes*, Presses Universitaires de Liège, 1995, 105 p.
- POROT A., POROT M.**, - *Les toxicomanies*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 586, Paris, 9° éd. 1996.

1.4 Les présentations des drogues

Barre de "chocolat"	Haschich
Champignons	Psilocybes
Comprimés ou Pilules	LSD (comprimés bleus = <i>Blue Cheer</i> , comprimés oranges = <i>Purple Haze</i> , ou pilules de couleurs variées) Différents médicaments psychotropes
Comprimés souvent à l'allure de bonbons acidulés roses, bleus, jaune ou vert	MDMA (XTC) ou plus rarement MDEA (Eva) ; les comprimés d' <i>ecstasy</i> sont souvent frappés d'un logo nettement différent de celui d'un médicament : logo Batman, papillon, trèfle à 4 feuilles, masque grimaçant, CCCP, faucille et marteau, mot LOVE, cœur, étoile à 3 branches, etc. (HERVÉ, 2001, pp. 54-55)
"Confiture", a – en fait – l'apparence et la consistance du beurre de cacahuètes	Marihuana ou haschich mélangés à du beurre fondu et à du sucre
Cristaux blancs, bruns ou beiges	Crack
Cristaux roses	Héroïne "chinoise", redoutable car parfois coupée à la strychnine...
Gélules au contenu brunâtre ou couleur chocolat	Mescaline
Gélules (capsules) diverses	Divers médicaments psychotropes y compris amines psychostimulantes et/ou anorexigènes, barbituriques en préparation magistrale (ex-Vesparax [®])...
Huile	Concentré liquide de haschich (rare en Belgique)
Liquide à l'odeur piquante	PCP (phencyclidine)
Masse brunâtre à noire, assez malodorante	Opium
Papiers décorés et colorés, buvards, cartons, timbres... ..	LSD
Plantes (sommités fleuries et fructifères)	<i>Cannabis sativa</i> , marihuana

Plantes séchées et plus ou moins finement hachées	<i>Cannabis sativa</i> , marihuana
Plantes (exclusivement feuilles)	Coca (difficile à trouver en Europe)
Plaques, plaquettes ou barres de matières végétales comprimées, de couleur noire, verte, brune... de consistance chocolat ou mastic, odorantes	<i>Cannabis sativa</i> , haschich
Poudre beige à brune, à l'odeur acétique	Héroïne ; le <i>brown sugar</i> est de l'héroïne (en grains) éventuellement mélangée à de la caféine
Poudre blanche	Amphétamine et/ou dérivés Cocaïne Héroïne "Arnaque", médicamenteuse ou non, par ex. : acide ascorbique = vitamine C
Poudre grossière (fragments de comprimés)	N'importe quel médicament psychotrope
Poudre rosée (odeur acétique)	Héroïne "chinoise", redoutable car parfois coupée à la strychnine...
Poudre sableuse (insoluble dans l'eau et les divers solvants)	"Arnaque" (terre, sable...)

Références

- CAHOREAU G., TISON C.**, - *La drogue expliquée aux parents*, Balland, France, 1987, 283 p.
- CARTER R.**, - *Pharmacodépendance et pharmacodélinquance*, Chiron, Paris, 1990, 430 p.
- DIAZ M., AFEWORK M.-E.**, - *La drogue*, Hachette, coll. Qui, quand, quoi ? n° 7, 1995, 80 p.
- GAGGINI L. et al.**, - *Drogues et toxicomanies*, coll. Science et Santé, hors-série n°7, Éd. A.C.P., Clichy, France, 1998, 128 p.
- HERVÉ D.**, - *Dans les filets de l'ecstasy*, in *Science & Vie* Hors Série n° 217 « *La drogue et le cerveau* », Paris, déc. 2001, 162 p.
- LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.
- NOIRFALISE A.**, UNIVERSITE DE LIEGE, FACULTE DE MEDECINE, TOXICOLOGIE et BROMATOLOGIE

1.5 La dépendance physique ou psychique et la tolérance

• La **dépendance physique** est un état d'adaptation tel qu'apparaissent des troubles physiologiques (et psychologiques) *intenses* quand la prise de la drogue est brutalement suspendue (« état de manque » ou « syndrome de **sevrage** »). (SILLAMY, 1995, p.76)

On parle aussi de **dépendance physique** quand on observe une **tolérance**.

A contrario, on parlera **d'absence de dépendance physique** si on ne constate **ni tolérance, ni sevrage**. (Mini DSM-IV, 1996, p. 110)

• La **dépendance psychique**, ou **assuétude**, est le **désir persistant et irrésistible** (“*craving*”) de renouveler la consommation de la drogue, sans nécessairement qu'apparaisse une dépendance physique. À défaut, le sujet présente souvent un état dépressif anxieux. L'intéressé peut faire aussi des **efforts infructueux pour diminuer ou arrêter** sa consommation. (Mini DSM-IV, 1996, p. 110)

• En fait, la distinction entre dépendance physique et dépendance psychique est parfois malaisée :

- pour beaucoup de drogues, il existe selon nous un *continuum* entre les deux types de dépendance ; le DSM-IV parle simplement d'**une dépendance à une substance**, et se contente de spécifier – après le diagnostic – « *avec dépendance physique* » ou « *sans dépendance physique* », c'est-à-dire la présence (ou non) d'une *tolérance* ou d'un *sevrage*...

- pour certains produits, réputés entraîner seulement une dépendance psychique, comme le haschich, on a démontré qu'il y avait bel et bien une action physiologique (inconsciente) : à *forte dose* le haschich modifie la neurotransmission du **système limbique** et pourrait pousser certaines personnes à renouveler une expérience plaisante semblable... éventuellement avec des drogues plus “dures” (héroïne, etc.). Le système **dopaminergique** de “**récompense**” et de **renforcement** des comportements *du noyau accumbens* pourrait par ailleurs être stimulé par différents moyens et drogues : haschich, cocaïne, héroïne... mais aussi nourriture, relations sexuelles, activité physique, succès professionnels ou intellectuels, etc.

• La **tolérance** à une substance est définie par *l'un des deux* symptômes suivants :

- après des usages répétés, ou en cas d'utilisation continue d'une **même quantité** de la substance, **l'effet** de celle-ci **diminue** notablement ;

- pour obtenir une intoxication ou atteindre **le même effet, il faut augmenter progressivement la dose initiale** de cette substance. (Mini DSM-IV, 1996, p. 107)

L'organisme « s'habitue » au produit et peut alors en supporter des quantités habituellement nocives, sans manifester de symptôme morbide. Certains consommateurs en arrivent ainsi à utiliser en une fois **une quantité de drogue qui serait mortelle** pour un organisme non tolérant. (BLOCH, 1970, p.7)

• Après avoir vu dans les pages précédentes les différentes “drogues”, on peut avancer, pour définir **une drogue**, que c'est **tout produit qui fait l'objet d'un usage toxicomane**. Cet usage toxicomane recouvre la **dépendance**, la **nécessité impérieuse** de prendre un produit donné (à laquelle le sujet subordonne tout) et la **tolérance**.

Cette définition est intéressante car elle rend au sujet toxicomane la paternité de l'invention de la drogue. *La drogue sans le drogué n'est rien.* Il est évident que les **potentialités toxicomanogènes**, ébauchées dans le tableau suivant, varient grandement suivant le toxique considéré mais aussi selon l'usage qui en est fait. (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 26)

DROGUES ACTIVES

MODE DE CONSOMMATION

DEPENDANCE

	O R A L E	N A S A L E / P U L M.	P A R E N T É R A L E	P H Y S I Q U E	P S Y C H I Q U E	T O L É R A N C E
ALCOOL = ÉTHANOL	x	(x)		+++	+++	++
AMPHÉTAMINE et/ou dérivés, et METHAMPHÉTAMINE	x	x	x	?	+++	++++
BARBITURIQUES	x		(x)	+++	+++	++
BENZODIAZÉPINES	x		x	+	+++	+
CANNABIS (THC's)	(x)	x		?/0	++	?/++
COCAÏNE		x	x	?/0	+++	0 à ++
HEROÏNE		x	x	++++	++++	++++
LSD (+ composés et dérivés)	x			0	++	++
MDEA et MDMA	x			?	+++	+/-
MÉPROBAMATE	x			+++	+++	+
MESCALINE, PEYOTL	x			0	++	+
MÉTAQUALONE	x			+++	+++	++
MORPHINOMIMÉTIQUES	x	(x)	x	++++	++++	++++
OPIUM		x		+++	+++	+++
PHENCYCLIDINE	x			?	?	?

Abréviations : 0, sans effet ; +, faible à ++++, intense

Références

- American Psychiatric Association**, *Mini DSM-IV ; critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduc. française par **DELFI J.-D. et al.**, Masson, Paris, 1996, 384 p.
- ANSSEAU M., D'HAENEN H. et al.**, - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.
- BLOCH C.** - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.
- GEISMAR-WIEVIORKA S.**, - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.
- LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle éd., Edifor - Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.
- MORGAN J. P.**, - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988, p.1570.
- NOIRFALISE A.**, - *Aspects toxicologiques des assuétudes*, Presses Universitaires de Liège, 1995, 105 p.
- SILLAMY N.** - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

1.6 La polytoxicomanie

Jusqu'à la moitié du XX^e siècle, on rencontrait surtout des toxicomanies à l'égard d'un seul toxique déterminé. La toxicologie descriptive et la thérapeutique en étaient relativement simples...

Aujourd'hui on rencontre de plus en plus la **polytoxicomanie**, c'est-à-dire un usage **simultané ou successif de drogues multiples**, de toxicité très variable.

Cette polytoxicomanie produit des effets dévastateurs sur l'organisme, et apparaît potentiellement à très haut risque.

Effets recherchés

Ces "polytoxicomanes" mélangent plusieurs drogues pour différentes raisons (non exclusives l'une de l'autre) :

- afin de "voyager" différemment, afin de faire « *varier les plaisirs* »
- pour accélérer ou accentuer l'effet de certaines drogues ultra-coupées
- pour prolonger l'effet de certaines drogues
- pour tenter de contrecarrer les effets secondaires désagréables de la drogue ou de la "descente"... Par exemple, il est fréquent de consommer de l'héroïne quelques heures après la cocaïne, pour atténuer la dépression nerveuse accompagnant la *descente de coke*...

Effets physiologiques et psychiques

- Les **effets** des drogues sont souvent **accrus** en combinaison avec l'**alcool**, la **caféine**, les **barbituriques** (Vesparax[®], etc.), ou le **flunitrazépam** (Rohypnol[®]). Certains toxicomanes utilisent par exemple l'alcool ou les benzodiazépines comme "*booster*" de l'héroïne (souvent de mauvaise qualité), voire de la méthadone...

- L'association de **plusieurs dépresseurs** du SNC **additionne leurs effets** respectifs. La polytoxicomanie aiguë à plusieurs sédatifs conduit facilement à l'**overdose**, à l'**arrêt de la respiration**. (Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.129)

À titre uniquement de réflexion – et sans valeur statistique – les 5 **décès** imputables aux drogues dures dans les centres d'urgence de Liège, entre 1996 et 1997, sont tous survenus chez des polytoxicomanes.

- Contrairement à une idée reçue très répandue, l'association d'un **sédatif** et d'un **stimulant** ne “neutralise” pas leurs effets respectifs (comme le feraient l'addition d'un acide et d'une base); leur combinaison est parfois **aléatoire** sur le plan **pharmacologique**. Par exemple, on peut observer toute la gamme des réactions, depuis une hyperstimulation jusqu'à un effet hyperdépresseur du SNC.

- Une *overdose* due à un ou plusieurs dépresseurs du SNC **ne peut pas** être traitée par l'administration d'un stimulant, par exemple d'une amphétamine. Bien que ces drogues aient des effets antagonistes, chacune réalise son action inhibitrice ou stimulante sur des récepteurs synaptiques différents et/ou dans des régions encéphaliques différentes. Aussi, *prendre en même temps un stimulant et un sédatif, ressemble à appuyer simultanément sur le frein et l'accélérateur d'une auto; enfoncer l'accélérateur ne supprime pas le freinage*. Pour soigner une overdose, il faudrait retirer la drogue de ses récepteurs synaptiques. Un stimulant pourrait temporairement “réveiller” le sujet, mais dès la fin de son action, l'association de l'effet dépresseur post-stimulation et de l'effet dépresseur résiduel du sédatif peut être fatale. (GOODENOUGH et al., 1998, p.229) La polytoxicomanie **complique** voire rend impossible **la tâche du médecin réanimateur** en cas d'*overdose*...

- Dans le même ordre d'idées, rappelons que l'utilisation de **méthadone** chez le **polytoxicomane** doit être mûrement réfléchie et **très limitée**; d'abord parce qu'il s'agit souvent pour lui d'**une drogue de plus**; ensuite parce que la méthadone n'est un produit de substitution *que* des opiacés et pas des autres constituants du *cocktail*; enfin parce que ce dont le polytoxicomane a le plus besoin, c'est d'une prise en charge énergique aux points de vue global, social et psychothérapeutique.

Un profil psychologique polytoxicomaniaque ?

Par rapport aux “monotoxicomanes”, selon BERGERET, les personnalités polytoxicomaniaques feraient montre de davantage d'**irréversibilité**; ceci correspond parfaitement à notre expérience clinique: la polytoxicomanie signifie un pronostic particulièrement sombre.

L'évolution de la polytoxicomanie va spontanément vers la polytoxicodépendance et vers une "escalade" des doses et des produits...

Références

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Heymans Instituut, Gand, Belgique, 1998.

BERGERET J., - *Toxicomanie et personnalité*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 1941, Paris, 4° éd. 1994, p. 14.

DIAZ M., AFEWORK M.-E., - *La drogue*, Hachette, coll. Qui, quand, quoi ? n° 7, 1995, 80 p., p. 62.

GOODENOUGH J., WALLACE R., MCGUIRE B., - *Human Biology*, Saunders College Publishing, Orlando, Florida, 1998. 629 p.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p.,

p. 109.

1.7 Le surdosage

1.7.1 L'overdose d'opiacés

L'intoxication aiguë aux opiacés se caractérise par l'association de plusieurs symptômes du tableau clinique suivant :

- **euphorie** dans un premier temps, puis **somnolence** et enfin phase de **coma**
- **rougeur** du visage, prurit
- **myosis** serré
- **bradypnée** et hypoventilation ; dans les cas plus sévères on note des **pauses respiratoires** ou une dyspnée de Cheyne-Stokes
- **oedème pulmonaire** et hypoxie
- **hypotension** artérielle
- **bradycardie**
- **diminution de la température** corporelle

Cette *overdose* est une **urgence** dont le traitement sera vu dans le chapitre 2.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988.

1.8 La “ poussière ”

Différents syndromes peuvent être provoqués par les **produits de coupe** ou produits de substitution qui agissent essentiellement comme pyrogènes et antigènes étrangers au corps humain ; les toxicomanes français eux-mêmes désignent le syndrome général dû au produit de coupe injecté par « *la poussière* » ou « *les poussières* ».

La poussière est une réaction non spécifique, non infectieuse, qui se manifeste au cours des heures suivant l'injection et qui disparaît ensuite spontanément en un jour ou deux ; ce syndrome peut comprendre :

fièvre, frisson, chair de poule
malaise général, syndrome biologique inflammatoire
myalgies, arthralgies
prurit, urticaire
toux...

La dyspnée est absente et la tension artérielle généralement normale, ce qui permet de distinguer ce syndrome des différents surdosages et syndromes de sevrage.

Outre ce syndrome général de *la poussière*, les différents produits de coupe entraînent des **symptômes** particuliers en fonction de leur nature chimique ou physique.

Parmi les produits de coupe, on distinguera donc les produits **actifs**, qui ont un effet similaire à celui de la drogue, et les produits **inactifs** ou neutres, qui sont incorporés pratiquement à toutes les drogues, pour « *faire du poids* » et ainsi en tirer plus de profit. Ces produits “inactifs” ne sont toutefois **pas synonymes de sans danger**, notamment en injection !

L'imagination des *dealers* paraissant sans borne, la liste suivante n'est donc pas exhaustive...

Produits de coupe de la marijuana (inactifs) :

tiges et graines de *Cannabis* (à peu près exemptes de THC)
autres plantes, par ex. l'herbe-aux-chats = cataire = *Nepeta cataria* ; cette plante vivace d'Europe continentale, est pratiquement inactive en fumette
graines à oiseau
tabac de cigarettes pour asthmatiques Louis LEGRAS TM (en France)...

Produits de coupe du haschich (inactifs) :

mastic
henné...

Produits de coupe actifs de la cocaïne :

anesthésiants locaux
(lidocaïne, tétracaïne, novocaïne, procaïne...)

Effets second. en sniff

anesthésie,
irritation nasale

Danger en cas d'injection

mortel à partir
de 20 mg

Test : en brûlant

marron, rouge
très clair

kétamine (Ketalar[®])

rhinorrhée
fortes brûlures

HTA

amphétamines

excitation, euphorie
brûlures nasales

quinine...

transpiration
toxique...

amblyopie

brûle avec des
craquements

Produits de coupe inactifs de la cocaïne :

lactose

marron foncé

mannitol

diurétique

marron foncé

sel (NaCl)

irritation nasale

ne brûle pas

talc...

pneumopathies :
atélectasie, fibrose
pulmonaire

Produits de coupe de l'héroïne :

Type d'héroïne	Produits de coupe actifs	Produits de coupe inactifs
blanche	caféine barbituriques amphétamines...	lactose, glucose, dextrose... mannitol aspirine plâtre, farine, talc...
brune	caféine barbituriques amphétamines codéine, Neo-Codion® codéthyline...	lactose, glucose café soluble terre...
rose	strychnine codéine caféine barbituriques amphétamines...	lactose amidon vinaigre fond de teint...

La **caféine**, les **amphétamines**, la **strychnine**... sont des produits de coupe violents et particulièrement nocifs : ils accentuent le **flash**, transforment la monotoxicomanie en **polytoxicomanie**, aggravent la destruction nerveuse qui accompagne la **dépendance** et le **manque** ; une bonne partie des **overdoses** leur est aussi imputable. (CAHOREAU et TISON, 1987, pp. 96, 130 et 149)

Certains produits inertes comme le **talc** bloquent les capillaires pulmonaires et sont responsables d'**atélectasie** et de **fibrose pulmonaire**. (MORGAN, 1988, p.1577)

Références

CAHOREAU G., TISON C., - *La drogue expliquée aux parents*, Balland, France, 1987, 283 p.

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p., p. 57.

1.9 Les complications infectieuses et toxiques

Les injections septiques

Plusieurs complications de la toxicomanie par injection, mais non toutes, sont liées aux conditions septiques de l'intraveineuse "sauvage". (MORGAN, 1988, p.1577)

La **surface de la peau** est rarement désinfectée avant l'injection. Les **produits injectés** sont rarement stériles. Les drogues injectées sont souvent **diluées** avec de la salive, du jus de citron, du vinaigre, de l'eau du robinet... Les **matériels** (aiguilles, seringues, cotons filtrants, cuillers...) sont souvent réutilisés non stérilisés ou échangés.

La **flore microbienne** la plus souvent rencontrée en **injection septique** comprend :

- > 50 % de **Staphylococcus aureus** (avec une proportion faible mais croissante de **MRSA** = Multiple Resistent Staphylococcus Aureus)
- > 10 % de staphylocoques coagulase négatifs
- > 10 % de **streptocoques** (viridans, A, G...)
- > 10 % de bacilles Gram négatifs (**Pseudomonas**, Serratia, Proteus...)
- < 5 % de **Candida albicans** et autres ferments
- < 5 % de germes anaérobies, Bacillus cereus, Corynebacterium...
- < 5 % de contaminations polymicrobiennes. (VAN HALLE, 1995, pp. 56 et 58)

Les inhalations septiques

Les drogues inhalées ou fumées ne sont **pas stériles** ; de plus, elles altèrent directement la **motricité ciliaire**, comme par ailleurs le tabac. Les voies respiratoires sont aussi exposées aux infections en raison de la "*galère*" des **SDF**, et des **mauvaises déglutitions**, ou fausses routes, dues aux **troubles de la conscience**, à une diminution du **réflexe de la toux** et du **réflexe de l'épiglotte** (ces deux derniers surtout chez l'héroïnomanie). (VAN HALLE, 1995, p. 57)

Les relations sexuelles

La promiscuité et la **prostitution** favorisent les **maladies sexuellement transmissibles** (MST) chez les toxicomanes. Mais ces MST se propagent aussi en raison du **manque d'hygiène** lors des injections de drogue.

Les MST suivantes sont plus fréquentes que dans le reste de la population : **urétrite**, **herpès I et II**, **condylomes**, **salpingite**, **hépatites B et C**, **SIDA**. (VAN HALLE, 1995, p. 57)

Bactériémie

C'est l'invasion de la circulation par des bactéries ; la bactériémie peut être passagère, intermittente ou continue. Chez le toxicomane par voie I.V., la plus fréquente (> 70 %) est la bactériémie à germes Gram positif (**staphylocoques, streptocoques...**) provenant de sa peau.

Le syndrome principal est une **fièvre infectieuse** sans autre manifestation d'infection ; la bactériémie est due ici à une inoculation exogène directe de germes dans la circulation sanguine. La fièvre est presque toujours présente et peut être intermittente avec d'importantes fluctuations (fièvre septique ou « en clochers »).

Si le sujet présente une immunité normale, l'évolution est favorable et spontanée, mais la bactériémie persistante est dangereuse : il existe un **risque de choc septique** et une possibilité de **transplantation bactérienne secondaire** n'est pas exclue :

endocardite et valvulopathies des cavités droites (surtout dans les bactériémies à streptocoques et staphylocoques), péricardite
abcès métastatiques (multiples surtout dans les bactériémies à staphylocoques)
dans toutes sortes de localisations : abcès hépatique, splénique, osseux, articulaire...
méningite...

Septicémie

Il s'agit d'une **fièvre infectieuse** associée à des **manifestations d'infection** ; la septicémie est due à des décharges répétées dans le sang de micro-organismes venant d'un **foyer initial** (thrombophlébite septique, fasciite) ou d'un foyer infectieux **secondaire** (spondylodiscite, endocardite...).

Pathologie pulmonaire

pneumonies, **bronchopneumonies**, abcès du poumon, embolies septiques pulmonaires (surtout chez les **héroïnomanes** injecteurs)
toutes sortes d'infections broncho-pulmonaires, **bronchites** chroniques, bronchopneumopathie chronique obstructive (**BPCO**), **bronchospasme** (favorisés par **toutes les fumées**, par l'usage associé fréquent de la **cigarette** et par le **haschich** lui-même...)
pneumopathies mycosiques (surtout chez les **sidéens**, les **héroïnomanes** et les fumeurs de **haschich**)

atélectasies et fibroses pulmonaires (dues au **talc...**)

syndrome de Mendelson (pneumonie chimique par inhalation de **suc gastrique acide**)

chez les **cocainomanes** (surtout par inhalation) :

saignements intra-alvéolaires et hémoptysies

hypertension artérielle pulmonaire

pneumothorax, pneumomédiastin

bronchiolite

atélectasie et hypoxie chronique

irritation des voies respiratoires supérieures et inférieures (notamment par l'**éther** et les **solvants** volatils)

infarctus pulmonaire (**éther** et **solvants**)

tuberculose, plus fréquente, chez pratiquement **tous** les toxicomanes, qui combinent souvent *mauvaise hygiène, sous-alimentation* et infection par le *virus HIV*, et réalisent de ce fait les conditions de développement de cette pathologie désormais "tropicale" au cœur de nos grandes villes occidentales.

Pathologie hépatique

hépatites virales B, C , D (ou Delta), etc. surtout chez les *injecteurs*, mais pas exclusivement, vu les autres modes de transmission des hépatites, notamment par voie sexuelle...

insuffisance hépatique, stéatose, cirrhose... par *association* d'**hépatite virale** et d'intoxication **alcoolique**

granulomatose hépatique ou systémique due à des **substances de coupe** infectées (talc...)

Pathologie du système locomoteur

ostéomyélites (particulièrement des vertèbres lombaires)

spondylites et sacro-iléites infectieuses

myosite ossifiante (« *coude du toxicomane* ») : métaplasie du muscle lésé par des manipulations d'aiguilles inadéquates ; le muscle brachial antérieur est remplacé par une masse calcifiée assez caractéristique.

Pathologie cutanée

abcès cutanés superficiels, phlegmons

lymphangites, lymphadénites et **phlébites** superficielles ;

l'infection sous-cutanée est favorisée par la mauvaise technique d'intraveineuse ou par le choix délibéré de l'injection intradermique ou hypodermique ("*skin-popping*"), surtout par les toxicomanes débutants, ou en fin de parcours qui reprennent alors ce mode d'administration lorsque leurs veines sont en trop mauvais état...
ulcérations cutanées...

Pathologie vasculaire

thrombophlébite superficielle et phlébite septique
phlébite chimique, due aux lésions de l'endothélium et aux **agents irritants** introduits en I.V.
phlébites profondes et phlébo-thromboses
angéites dues à la **cocaïne**
périartérite noueuse (hépatite B)

Pathologie cardiaque

a. cardiopathies infectieuses

endocardites bactériennes sur bactériémies (surtout à Gram +, voir plus haut)
et leurs complications neurologiques éventuelles...
valvulopathies
péricardites infectieuses

b. cardiopathies toxiques

la **cocaïne** et certains dérivés **amphétaminiques** (comme l'**ecstasy**) peuvent provoquer une forte stimulation **adrénergique** pouvant entraîner : tachycardie, vasoconstriction périphérique *et coronaire*, poussée hypertensive ; la **cocaïne** peut provoquer des vasospasmes coronaires ; des tests réalisés sur des *animaux* lui attribuent en outre un effet pro-coagulant et pro-athérogène ; l'utilisation de cocaïne et/ou dérivés amphétaminiques entraîne par conséquent un nombre plus important des accidents cardiaques suivants :

angor (surtout spastique)
infarctus (40 % des infarctus concernent des coronaires saines)
arythmies paroxystiques ventriculaires et supra-ventriculaires
hypertension paroxystique
myocardites (dues à la cocaïne ?)

Pathologie rénale

a. néphropathies toxiques

glomérulonéphrite toxique due à l'héroïne
angéite toxique due à la cocaïne

b. néphropathies infectieuses

glomérulonéphrite due au HIV
glomérulonéphrite « post-infectieuse », après infection à streptocoques,
endocardite, bactériémie chronique à staphylocoques blancs
amyloïdose rénale ou systémique sur un foyer chronique
cryoglobulinémie mixte (hépatite C)

Pathologie bucco-dentaire

Les infections buccales indiquent souvent une dépendance aux **opiacés**, non seulement en raison du manque d'hygiène, mais aussi à cause des modifications de la salive ; **caries** aux collets, chicots noirâtres, **abcès** dentaires et gingivites, **candidose** bucco-pharyngée... sont quelques aspects du tableau stomatologique misérable, dont paradoxalement l'héroïnomane se plaint peu, car il est insensibilisé par l'**effet antalgique** de l'opiacé consommé ; c'est donc surtout lors du sevrage de l'opiacé que les douleurs dentaires et gingivales apparaissent en force et poussent certains à reconsommer leur drogue...

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p.

1.10 Les virus :

1.10.1 Hépatites

Les hépatites virales les plus retrouvées chez les toxicomanes sont essentiellement les B, C et D (ou Delta).

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p.

1.10.2 SIDA

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

LAFONTAINE J.-B. et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p.

1.11 La malnutrition chez les toxicomanes

Tant les alcooliques que les toxicomanes mangent à heures irrégulières, sautent parfois un ou plusieurs repas. Ils suivent des **régimes** souvent **fantaisistes** ; la recherche d'une alimentation équilibrée est souvent négligée.

Les consommateurs de produits chers (cocaïne, héroïne) consacrent tout l'argent qu'ils peuvent trouver à l'achat de leur drogue, au détriment de leur alimentation. Les stimulants sont aussi **anorexigènes**, de sorte que le toxicomane saute certains repas.

Les **alcooliques** présentent souvent de l'**obésité** (l'alcool étant une molécule très énergétique : 7 kcal / g ou 29,4 kJ / g) et une carence en **thiamine** (vitamine B1).

Les **toxicomanes** (héroïne, amphétamines...) sont le plus souvent **amaigris** et n'importe quelle carence en nutriments, n'importe quelle hypovitaminose peut être découverte chez eux.

L'**absorption** est altérée, le **métabolisme** des nutriments aussi.

Références

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p., p. 56.

1.12 Les troubles de l'immunité

Jusqu'à 90 % des toxicomanes (surtout les héroïnomanes) présentent une **hypergammaglobulinémie**, touchant à la fois les **IgG** et les **IgM**.

De nombreux **tests sérologiques** sont plus fréquemment **positifs**, chez 10 à 30 % des **héroïnomanes**, surtout chez les *injecteurs* :

- VDRL (+ faux positifs)
- réaction au latex
- tests mononucléosiques
- C-réactive protéine
- hépatites virales B, C, D
- HIV 1 et 2
- maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulome vénérien)
- typhoïde O et H
- paratyphoïde A et B
- proteus OX-19
- fièvre Q
- brucellose
- test de Coombs...

Les raisons de ces anomalies immunitaires sont inconnues, mais elles peuvent être le reflet de stimulations antigéniques répétées dues aux **infections** et/ou à l'injection parentérale quotidienne de **corps étrangers**. (MORGAN, 1988, pp. 1577-1578)

Ces troubles immunitaires peuvent conduire à une **splénomégalie**, des **arthrites**, des arthralgies, des **lymphadénopathies**, des **néphrites**, et des VDRL faux-positifs.

Indépendamment d'une éventuelle **immunodépression** induite par le virus **HIV**, l'**héroïnomanie** provoque elle-même des troubles du système immunitaire : une **immunodépression** et des **maladies auto-immunes**. (VAN HALLE, 1995, p.56)

Références

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck** de diagnostic et thérapeutique, éd. Sidem – Frison Roche, Paris, 1988, pp. 1577-1578.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995, 200 p.

1.13 La toxicité neurologique et cérébrovasculaire des drogues

Les complications neurologiques des drogues sont plus souvent non-infectieuses qu'infectieuses :

coma, anoxie cérébrale, avec tous les **dépresseurs** du SNC
amblyopie toxique (rôle probable de la **quinine** utilisée comme produit de coupe)
myélites transverses
mono- ou polyneuropathies, syndrome de Guillain-Barré
accidents vasculaires ischémiques et hémorragies cérébrales ou méningées,
dus surtout à la **cocaïne** et au **crack** ; la cocaïne a des effets
vasoconstricteurs, hypertenseurs et, semble-t-il, pro-coagulateurs et
pro-athérogènes ; des accidents vasculaires ischémiques se voient aussi
chez les consommateurs d'associations **héroïne + amphétamine** *qui réutilisent
leur drogue après avoir arrêté quelques jours* ; dans ce cas la cause en serait
un mécanisme d'immunité retardée qui serait responsable d'une atteinte
vasculaire locale
complications cérébrales des endocardites bactériennes gauches : méningite
bactérienne, anévrisme mycosique, abcès du cerveau, abcès sous-dural ou
extradural, accidents vasculaires ischémiques
malaria cérébrale à *Plasmodium falciparum*
atteintes cérébrales des hépatites virales
tétanos
certains cas de **schizophrénie**...

Références

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem –
Frison Roche, Paris, 1988, pp. 1577-1578.

VANHALLE G. et alii, - *Toxicomanie ; le consommateur de drogue et le prestataire de soins médicaux*, éd. APB, Bruxelles, 1995,
200 p.

2^e partie :

Les Toxicomanes

Sociologie

2.1 Epidémiologie

2.1.1 Âge moyen du début de l'utilisation de drogue

L'utilisation de drogue débute pratiquement toujours **avant quarante ans**. Actuellement elle touche des **adolescents** de plus en plus jeunes. Les *toxicomanes* deviennent demandeurs de soins après deux à sept ans de parcours dans la drogue illicite.

Il faut se méfier des critères sociologiques ou épidémiologiques traditionnels définissant l'entrée en toxicomanie ; on peut seulement dire que l'**âge de début** et le **risque épidémiologique** dépendent

- de l'**accessibilité** à la rue et aux *dealers*
- de la **disponibilité** de tel ou tel produit : c'est sans doute un des principaux facteurs déclenchants
- du **milieu social** (mais *toutes* les classes sociales et *tous* les groupes ethniques sont touchés)
- de la consommation antérieure d'**autres drogues** (licites ou illicites) : **tabac**, alcool, haschich, cocaïne, morphiniques, etc.

L'usage de drogue débutant chez l'adolescent se distingue de la toxicomanie commençant (plus rarement) chez l'adulte jeune par plusieurs caractéristiques :

- Chez l'*adolescent*, la **première drogue** consommée est souvent le **tabac**, l'**alcool** ou la **marihuana** et plus rarement un solvant (*reniflé* par des enfants ou des pré-adolescents).

Plus tard, on voit quelques *adultes* “*primo-toxicomanes*” à l’alcool (aussi), aux médicaments, à l’héroïne, à la cocaïne...

L’*adolescent* fait presque systématiquement ses premières expériences d’un toxique **en groupe**. Il existe ainsi des groupes de jeunes où l’usage social du **cannabis** (marijuana ou haschich) a pris à peu près la place que détient l’alcool dans la culture adulte, et cela dès les années 70. (BLOCH, 1970, pp. 13-14)

Il ne faudrait cependant pas absoudre complètement l’emploi du cannabis chez l’adolescent qui – s’il n’est pas très dangereux en soi – renvoie néanmoins à une *culture parallèle* et sert de *porte d’entrée* (dans quelques 10 à 15 % des cas, selon les auteurs) à une toxicomanie plus “*dure*” qui, elle, débutera dans notre région en moyenne vers 17 ou 18 ans. Selon nous, ce n’est pas tant la consommation de cannabis que la **fréquentation des dealers qui est dangereuse**.

- Quant à l’*adulte*, il commence fréquemment les médicaments ou la **drogue** “dure” **en solitaire, en couple** ou en très petit groupe, l’alcool en groupe (chez les hommes) ou en solitaire (chez les femmes).

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

2.1.2 Prévalence des drogues utilisées

Une enquête réalisée en province de **Liège** en 1998 a mis en évidence la **prévalence** (cumulée sur toute la vie) **des troubles d'utilisation des substances** (l'*abus* et la *dépendance*, pris au sens du DSM IV, sont additionnés) :

Alcool	29,4 %	
Total des autres substances	6,8 %	qui se répartissent comme suit :
Opiacés	0,5 %	
Cannabis	2,7 %	
Sédatifs	2,2 %	
Cocaïne	0,4 %	
Amphétaminiques	0,6 %	
Hallucinogènes	0,3 %	
Solvants	0,0 %	
PCP	0,0 %	
Autres substances	0,2 %	

Une enquête semblable a été réalisée l'année suivante (en 1999) dans la **Province de Luxembourg** et a donné des chiffres de prévalence similaires.

En dépit de la déformation de la réalité de terrain – peut-être provoquée par certains médias à sensation – il est important de constater que **l'alcool reste la substance la plus utilisée par près de 30 %** des habitants de notre région...

En France et en Belgique, moyennant quelques variations régionales dans les exemples chiffrés présentés ci-dessus, on constate que **la toxicomanie, en termes de santé publique, n'est rien comparée à l'alcoolisme, au tabagisme et aux accidents de la route...** Mais la toxicomanie reste **une des toutes premières causes de mortalité** pour les jeunes **de 20 à 25 ans**. (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 8)

Références

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

2.2 Le monde de la toxicomanie

2.2.1 Type de milieu social *associé* à la toxicomanie :

- **milieu urbain**, à densité démographique élevée
- **qualifications scolaires et professionnels faibles**
- *certain*s milieux immigrés, par exemple la population espagnole à Liège est assez ouvertement consommatrice de haschich...
- proximité géographique de sources d'approvisionnement, par exemple près des Pays-Bas peu répressifs en matière de drogues
- couches sociales moins favorisées...

Il faut toutefois souligner qu'il ne s'agit là que de *tendances* et qu'on rencontre de fait la toxicomanie **dans tous les milieux socioculturels**.

2.2.2 Le groupe des toxicomanes : une nouvelle ethnie ?

■ Au *sens strict*, le mot *ethnie* peut désigner un groupe d'individus **partageant la même langue** et le même patrimoine spirituel (ou **culture stricto sensu**) que cette langue véhicule et révèle. (BRETON, 1992, p.7)

On constate que les toxicomanes constituent bel et bien un tel **groupe linguistique** ou **même plusieurs subethnies** : par exemple, le “*franglais*” des toxicomanes liégeois n'est pas le même que le “*verlan*” des drogués parisiens... La seule nuance linguistique à ajouter est qu'il ne s'agit pas, la plupart du temps, d'une *langue maternelle*, mais d'un argot “professionnel” appris à l'adolescence.

■ Au *sens large*, l'*ethnie* est définie comme un groupe d'individus **liés par des caractères communs** dont l'association constitue *un système*, **une culture** (cette fois-ci prise au sens large). Dans cette acception, la langue n'est qu'*un* des caractères communs à l'ethnie. (BRETON, 1992, p.8)

• *Certains* traits constitutifs d'une telle ethnie *lato sensu* se retrouvent bien dans le monde de la toxicomanie :

- **une démographie** particulière (avec une « pyramide des âges » ressemblant à celle des pays du tiers-monde)
- **une langue** commune, expression des préoccupations quotidiennes et des valeurs du groupe
- **une endogamie** relative : on se met en ménage, on se marie, on se trompe... entre toxicomanes ; il y a peu de couples “mixtes” toxicomane – non toxicomane
- **un territoire** essentiellement **citadin** : la banlieue défavorisée, certains quartiers du centre-ville, certains lieux de rencontre, cafés, méga-dancings... sans oublier les *squats* où “ils” vivent et meurent...
- **une organisation** de la vie, **une économie** (parallèle) et la constitution de classe(s) sociale(s) et de **fonctions éthologiques** ou quasi **tribales** : “consommateurs” chasseurs-cueilleurs, rabatteurs, prédateurs, charognards, migrants ou nomades, “travailleuses” (prostituées)... “producteurs” cultivateurs, distillateurs ou “chimistes”, commerçants-

trafiquants (grossistes, transporteurs, *dealers*), etc.

Avec un demi-sourire, nous ajouterons qu'il y a même un secteur non-marchand : certains toxicomanes ont ainsi leurs druides, les "*hommes-médecine*" (comme nous-même !) à qui ils vont demander des recettes-miracles ou de la potion magique (la méthadone ?) ; d'autres fréquenteront des prêtres-confesseurs (les psychanalystes ?)...

- **un patrimoine spirituel** (c'est-à-dire une culture *au sens étroit*) mêlant souvent : gestes et mimiques, habillement ("*look*"), coutumes, folklore, tradition orale, art populaire (les *tags* ?), croyances et mythes, idées fausses et rumeurs, savoir-faire avec les outils de la drogue ("*know-how*"), recettes de "cuisine", héros identificatoires ou martyres de la *défonce* (Mike Jagger, Jimmy Hendrickx...), rapports à la mort, rites, sentiments religieux voire sectaires ; plus rarement : littérature, histoire, philosophie, peinture, cinéma, musique, festivals, "*rave*" parties... et même sites Internet !

Un véritable "bonheur" pour la curiosité d'un sociologue ou ethnologue !

- **un destin collectif fait d'épreuves** et de luttes contre l'adversité, la "*galère*", le mépris, le rejet social, l'oppression, la persécution, la police, l'appareil judiciaire, la division sociale dichotomique entre les bons – Nous – et les méchants – les autres, la stigmatisation, l'aliénation, la déshumanisation, l'enfermement ou la relégation dans quelque prison, clinique psychiatrique... ou dans quelque nouvelle "léproserie" !

Souvent la participation affective à un groupe de toxicomanes est-elle ainsi **cimentée par la souffrance** !

- peu de valeurs ou de visions communes du monde, mais malgré cela **une idéologie** particulière concernant **le plaisir et la souffrance** (auxquels nous consacrerons un autre chapitre)

• D'autres traits constitutifs de l'ethnie (*au sens large*) ne se retrouvent toutefois pas chez les toxicomanes (ou *pas encore*) :

- **pas de composante anthropologique** ou biologique
- peu ou pas de contraintes du groupe, **pas de loi** dans le groupe, pas même de « loi du silence » (que l'on rencontre par exemple dans « le milieu » criminel), pas de "*surmoi*" social
- peu d'aspirations communes, **pas de futur**, pas de "vouloir-vivre" ensemble

- peu ou **pas de conscience collective** ou politique, pas de conscience du “nous”, **pas de solidarité** de groupe, pas de syndicat... : sur le monde de la toxicomanie ne règne souvent que l'égoïsme (« *chacun pour soi* »)...
Pas d'adhésion volontaire et consciente à la communauté des toxicomanes...

Références

BRETON R. - *Les ethnies*, P.U.F. coll. *Que sais-je ?* n° 1924, Paris, 1992, 128 p.

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.3 La marginalité ; les autres inadaptations sociales ; la prostitution...

2.4 La délinquance ; la violence

Seuls quelques produits peuvent spontanément provoquer ou majorer **un comportement agressif**, lors de leur abus épisodique ou de leur usage plus ou moins chronique :

- l'**alcool**
- l'**amphétamine**, la métamphétamine et leurs dérivés
- la **cocaïne** ou le crack
- l'un ou l'autre des produits précédents faisant partie d'une polytoxicomanie...

Pendant la phase de *flash* ou pendant « *la planète* » (qui lui fait suite), l'héroïnomane n'apparaît pratiquement jamais violent.

D'autres produits peuvent entraîner non pas une violence, mais éventuellement **une désinhibition**, une perte des règles morales ou sociales admises communément ; ce sont essentiellement :

- l'alcool
- les benzodiazépines ; notamment le flunitrazepam (le "*Roche*"TM) est utilisé par certains délinquants comme désinhibiteur et anxiolytique *avant* certains "casses"... Le flunitrazepam entraînerait parfois aussi une amnésie "post-délit"...

Ceci étant dit, dans la majorité des cas, les comportements agressifs et délictueux sont surtout observés **chez les toxicomanes en manque**, lors de la *galère* quotidienne et de la recherche parfois compulsive de l'argent nécessaire pour leur drogue...

La substitution quotidienne de l'héroïne par la méthadone, par exemple, a pu diviser la violence et les délits commis, par un facteur 2 à 4 (selon les études). Qu'on aime ou non cet aspect de la prise en charge de l'héroïnomane, il est statistiquement certain que **la méthadone a** – parmi d'autres rôles – **une fonction sécuritaire**.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.5 L'aspect socio-économique et le travail social

Au niveau de l'**INAMI**, on ne rencontre pas de problème de reconnaissance de l'invalidité. Différentes grilles d'évaluation de l'autonomie peuvent être utilisées par les intervenants en toxicomanies, par exemple l'échelle de KATZ modifiée.

Très souvent les utilisateurs de drogues ne montrent aucun intérêt vis-à-vis de ces problèmes d'invalidité, en raison de leur désinvestissement social et du manque de sécurisation. En fait leur idéal est de retrouver un logement et du travail, ce qui est effectif dans plus ou moins un tiers des cas.

Au niveau de l'**ONEM**, il n'y a aucune liaison permanente avec les centres de cure. Seuls des contacts sporadiques existent, souvent grâce à l'action des assistants sociaux et autres intervenants des centres spécialisés en toxicomanie...

Les toxicomanes se débrouillent d'ailleurs entre eux pour trouver certains travaux ; parfois des travailleurs sociaux ou des infirmières sociales peuvent intervenir... Ils trouvent parfois des boulots très durs, très exigeants qui leur permettent d'acheter de l'héroïne, mais ils n'ont **pas de plan de carrière**, la majorité d'entre eux refuse la société... Certains préfèrent des métiers d'indépendant et refusent d'être ouvrier ; on trouve à ce sujet une différence entre les jeunes utilisateurs de drogues issus d'une famille d'indépendants et ceux qui viennent d'une famille d'ouvriers. Souvent ces toxicomanes-là consultent quand ils se sentent dépassés par leur travail.

Le travail est un outil important de réinsertion sociale. Très souvent la structure de travail des utilisateurs de drogues est **peu stable**, le travail est à **durée limitée**, alors que les toxicomanes qui travaillent cherchent une stabilisation. Il y a très peu d'absentéisme chez les drogués travailleurs ; ils ne se déstabilisent que parce qu'ils ne sont pas soignés. Les toxicomanes (surtout à l'héroïne) sont souvent **peu qualifiés**. On manque toutefois de bases statistiques dans ces domaines.

Pour le travail de réinsertion, on manque de dispensaires de premier échelon. Jusqu'à présent ce sont surtout les structures de haut niveau qui ont la priorité des politiciens.

Psychologie

2.6 Y a-t-il une structure mentale de toxicomane ?

• Dans la majorité des cas, il n'existe **pas de structure psychologique spécifique** au toxicomane, il n'y a pas de « personnalité toxicomaniaque spécifique », et l'organisation psychologique de l'utilisateur de drogues dépendra aussi de son trajet particulier.

Les conduites toxicomaniaques peuvent se développer sur **n'importe quel type de structure mentale** et cela à tout moment de son évolution. On retrouve ainsi des problèmes d'assuétude, tant chez les personnes de structure **névrotique** ou **psychotique**, que parmi les personnes présentant une organisation limite de la personnalité (**état-limite** ou *borderline*). Le nombre de toxicomanes "durs" appartenant à cette dernière catégorie (états-limites) nous semble néanmoins le plus important actuellement.

• S'il n'est donc pas possible de définir *une* structure psychologique typique du toxicomane, s'il n'y a vraisemblablement *pas une seule personnalité toxicophile*, c'est-à-dire prédisposant à la toxicomanie, on peut cependant observer fréquemment certains **traits de personnalité concomitants à la toxicomanie** :

- **immaturité, impatience**, volonté d'avoir « *tout, tout de suite* », vision du Moi *se limitant au moment présent* et peu inscrite dans la durée ; manque d'introspection, manque de connaissance de soi (**apsychognosie**), parfois manque de connaissance de son problème (**anosognosie**)
- blocage psychologique à l'âge auquel le toxicomane commence à se droguer ; **il refuse de vieillir** ; il refuse la vie (adulte ?) au départ et apparaît parfois comme « *un éternel adolescent* »
- **fond dépressif** ; vide intérieur, morosité, manque de confiance en soi, absence d'élan vital ou d'idéal, renoncement aux engagements relationnels, ruminations douloureuses sur le passé, idées de mort ou de suicide...
- **carences imaginaires** : pauvreté des représentations mentales, faibles possibilités de fantasmatisation (peu de capacités de mise en scène de personnages) ; incapacité à envisager l'avenir ; parfois aussi **difficulté** de décrire et **de communiquer** ses sentiments (**alexithymie**)
- **manifestations comportementales** dues à une incapacité de métaboliser sous forme de pensées et paroles, les difficultés existentielles, l'anxiété, le vide

intérieur, etc. ; on se trouve devant une « **pensée opératoire** » (et non devant un trouble psychosomatique)

- **carences identificatoires** :

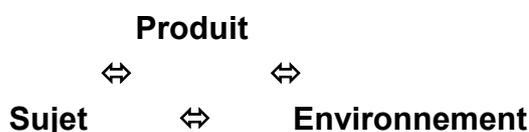
- absence de création d'une **identité** propre (primaire), ou perte d'identité (secondaire)
- “**idéaux**” personnels flous ou irréalistes
- absence de constitution d'instances morales intériorisées :
pas d'intériorisation de **la loi**, perçue uniquement comme extérieure au sujet, purement formelle ; le psychanalyste parlera ici de trouble dans la constitution du **Surmoi**)

- **carence de l'autocontrôle** (carence du *Surmoi*) avec ses répercussions judiciaires :

- le moraliste parlera ici d'**amoralité** (plutôt que d'immoralité),
- le psychiatre envisagera dans certains cas un trait **psychopathique**,
- le sociologue évoquera “l'**anomie**”, dé-réglement individuel accentuant un chaos social...

• Le comportement toxicomane est souvent l'**expression symptomatique** d'un trouble psychopathologique sous-jacent. Le **sevrage** de la drogue peut alors dévoiler le processus (névrotique, *borderline*, psychotique ou psychopathique...) jusque là quelque peu camouflé par la drogue.

• Ce serait cependant une erreur de n'envisager *que* la psychologie individuelle du toxicomane : il faut garder à l'esprit que toute toxicomanie fait intervenir **trois variables**, le fameux « *triangle d'OLIVENSTEIN* » (et les *trois* chapitres de cet abrégé) :



Cela signifie qu'il est impératif, dans toute prise en charge, d'*évaluer* d'abord ces trois variables. Se focaliser sur une seule variable ne fournirait qu'un diagnostic parcellaire du problème...

Pour être quelque peu efficace, l'action *thérapeutique* devra aussi **agir aux trois niveaux** (sujet, produit, environnement) et donc être le plus souvent **pluridisciplinaire**.

- Souvent **toute la famille** du toxicomane est pathologique, ce qui entraîne la nécessité d'une grille de lecture ou d'une approche non seulement individuelle mais aussi **systémique**.

La double interaction « famille → toxicomane » et « toxicomane → famille » génère régulièrement angoisse et agressivité. *Le toxicomane tout seul est rarement agressif...*

- S'il n'y a pas une structure psychologique unique chez l'utilisateur de drogues, s'il n'y a pas un groupe homogène de toxicomanes, **il n'existe pas une solution toute faite** à la toxicomanie ! On entend encore trop souvent des simplificateurs abusifs (y compris certains politiciens démagogues) énoncer l'une ou l'autre des propositions suivantes :

« *S'ils sont tous malades, qu'on les soigne !*

- *S'ils sont tous délinquants, qu'on les emprisonne !*

- *S'ils sont tous névrosés, qu'on les psychanalyse ! Etc. »* (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 14)

Références

BERGERET J., - *Toxicomanie et personnalité*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 1941, Paris, 4° éd. 1994.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

2.7 Pourquoi les jeunes (et moins jeunes) se droguent-ils ?

On a vu précédemment les effets immédiats recherchés consciemment pour telle ou telle drogue. Ce n'est pas cette question-là que nous voulons aborder ici, mais le problème plus général de l'**attrait de LA drogue** parmi les jeunes, ou – ce qui revient au même – le problème de l'**attrait de diverses drogues** et du **passage d'une drogue à l'autre** (avec souvent "**escalade**").

Cet attrait général pour l'usage de "produits" ne résulte pas d'une cause unique, mais de **facteurs multiples**, dont l'importance relative varie selon les individus et selon les groupes (BLOCH, 1970, pp.24-28), selon les lieux et selon les époques... Ces différents facteurs ne sont d'ailleurs ni exclusifs ni exhaustifs.

2.7.1 L'adolescent en crise et la drogue

• La recherche de plaisir

Les toxicomanes ont en commun la recherche d'un **plaisir immédiat**, obtenu sans effort. Pratiquement *toutes les drogues* (psychotropes) stimulent – au moins au début de leur utilisation – les « **centres du plaisir** » découverts par J. OLDS et coll. en 1954 dans l'**hypothalamus** et le **septum** du cerveau des rats et autres mammifères supérieurs. Ces centres du plaisir seront appelés par la suite « **système récompensant du cerveau** ».

Ce système de récompense du cerveau libère des **endorphines** et nous procure du plaisir quand il est activé par un agent physique (une **sensation**), chimique (une **drogue**) ou psychique (un **succès** : par ex. lorsque nous avons créé une belle oeuvre, accompli un exploit ou tout simplement terminé notre travail de façon satisfaisante). (SILLAMY, 1995, pp. 84, 199)

L'usage de la drogue serait peu répréhensible si la stimulation répétée des centres du plaisir, ne provoquait une **habituat**ion : phénomène adaptatif de diminution ou abolition des réactions, par suite d'excitations sensorielles répétées... La **tolérance** est l'expression biochimique de cette habitude physiologique : le drogué a besoin de doses accrues chaque jour, afin de retrouver la sensation de plaisir éprouvée initialement.

(SILLAMY, 1995, pp. 84, 123, 263)

Il peut exister une **tolérance croisée entre la drogue et les autres activateurs** des centres du plaisir :

« *Corrélativement à une habitude du système de récompense, il se produit une sorte d'inertie ou de **non-réponse aux activités physiques ou intellectuelles**, dont le plaisir était la récompense normale. Dans de pareilles conditions, il ne reste au sujet désenchanté que la désespérance ou le retour à la drogue. Il est presque impossible de lutter contre le plaisir obtenu sans effort...* » (SILLAMY, 1995, pp. 84)

On comprend pourquoi le combat contre la toxicomanie passe essentiellement par la prévention ou n'est **couronné de succès qu'après la « lune de miel »**, lorsque la drogue n'entraîne plus de plaisir...

On comprend aussi pourquoi toutes les activités physiques et intellectuelles rencontrent finalement peu de succès, et pourquoi **les activités physiques doivent être développées « à forte dose »**, pour vaincre l'inertie du système de récompense... Certains toxicomanes trouvent ainsi d'eux-mêmes une sorte de compensation au manque de drogue par exemple par des travaux de force ou en marchant rapidement pendant des heures, véritable "**endorphinodépendance**" bien connue de certains marathoniens... « *Malgré mes pieds en sang, je ne peux pas m'empêcher de marcher, marcher...* »

- **La curiosité et l'attrait pour l'expérience insolite**

La drogue, une fois disponible « sur le marché » des adolescents, est **une expérience** – *parmi d'autres expériences* – dans une attitude propre à la jeunesse. De nombreux adolescents "**jouent**" ainsi avec leur corps, avec leur psychisme, avec leur recherche du plaisir, avec leur sexualité en transformation, parfois même ils jouent à la roulette russe avec la vie et la mort.

Il semble erroné d'affirmer que les jeunes ne mesurent pas **les risques** de l'expérience qu'ils tentent. Par exemple, après une indéniable période d'engouement (dans les années 60 et 70) pour **le LSD** aux États-Unis, les informations qui se sont accumulées sur les accidents qui s'y sont produits (psychoses, états hallucinatoires répétés, hospitalisation psychiatrique, etc.) ont conduit à **une diminution** de la consommation de cet hallucinogène dans ce pays dans les années 80 : « *On veut bien faire un trip, mais pas être enfermé chez les fous...* »

- **La drogue, un comportement "ordalique"**

Certains adolescents **jouent aux dés avec la mort** ; on parle même de comportement "*ordalique*", c'est-à-dire qu'ils s'en remettent à une "ordalie", à un « jugement de Dieu » (ou au Hasard) pour continuer à vivre ou mourir... Cette attitude a été mise en scène

dans le film désormais classique *La Fureur de Vivre* (avec James DEAN) ; le moyen de se donner le grand frisson importe peu, l'automobile ou l'*overdose*...

- **La drogue, un symptôme de malaise personnel ou de manque fondamental**

- Carences affectives précoces
- Accidents de la maturation affective...

- **La drogue, solution de désespoir**

Symptôme d'un trouble émotionnel profond ou thymique, la consommation de drogue revêt parfois chez l'adolescent ou le jeune adulte un caractère **quasi suicidaire** ; il s'agirait alors d'un comportement autodestructeur, mais qui retarde ou évite le moment crucial du geste suicidaire proprement dit... (BLOCH, 1970, p.29)

2.7.2 L'environnement social, l'adolescent et la drogue

- **Les pressions exercées par un camarade ou par un groupe**

Dans un groupe de jeunes où circule l'une ou l'autre drogue, de véritables **pressions** s'exercent pour **lancer un défi** au néophyte ou pour "**convertir**" celui qui n'y a pas encore goûté ; celui-ci sera volontiers traité de poltron, tourné en dérision, mis au défi d'essayer, et placé de la sorte dans une position difficile.

Un apprentissage du « **savoir-dire NON** » et de l'affirmation « *Mon corps m'appartient* » fait judicieusement partie de certains programmes préventifs destinés aux enfants et adolescents.

- **La drogue, communion avec un groupe**

L'usage de la drogue en groupe d'ados est aussi un moyen d'affirmer son appartenance à **une culture de jeunes** et de communier avec le groupe choisi...

- **La drogue, désir d'affirmation par rapport aux adultes**

L'adolescent est souvent *ambivalent* par rapport au monde des adultes, il est impatient d'en faire partie, mais en même temps il s'en méfie, il le rejette peu ou prou, il cherche à **s'en différencier** catégoriquement : « *Papa se saouïle à l'alcool, maman se bourre de médocs, nous nous fumons du hasch...* »

- **Les incitations des trafiquants**

On observe parfois la pression ouverte ou plus sournoise d'un *dealer* qui cherche à **écouler des produits plus coûteux** que le cannabis et **engendrant la dépendance**, question de "fidéliser" à coup sûr ou d'étendre la clientèle ; dans ces buts, certains trafiquants iront jusqu'à offrir gratuitement ou à crédit les premières doses de drogue...

(BLOCH, 1970, p.17)

- **Les incitations occultes par les médias**

Tout en affirmant la liberté de la presse et la nécessité d'informer, on doit reconnaître que *l'information* en matière de toxicomanie est très *délicate à manier*. Autant il est malsain de faire de la drogue un sujet tabou, autant il est regrettable de "médiatiser" **sans esprit critique**, et plus encore d'exploiter le **caractère sensationnel et exemplaire** de l'usage de drogue par l'une ou l'autre personnalité ou star du show-business. Il s'agit bien là d'un plaidoyer non pour une censure mais pour une certaine éthique des médias : *tout journaliste responsable devrait s'interroger sur les effets possibles de ses propos ou de ses images, en particulier auprès des adolescents...* (BLOCH, 1970, p.27)

- **La drogue, un symptôme de malaise familial**

Par rapport à la famille, la drogue peut être vécue, plus ou moins consciemment, comme une sorte de **chantage** affectif vis-à-vis des siens... (SILLAMY, 1995, p. 83)

Plus fréquemment selon nous, la toxicomanie apparaît comme **symptôme** – souvent inconscient – non d'un individu mais **de la perturbation de tout un système familial**. Idéalement il faudra alors intervenir *aussi* sur les proches du "drogué" et non sur cette seule "victime" désignée par l'entité familiale...

- **La drogue, un symptôme de malaise social**

Le toxicomane de jadis était considéré comme un anormal, un pervers sans doute, sûrement un malade. Mais lorsque plus de 30 % d'une collectivité d'étudiants se livrent à la drogue, peut-on encore parler de maladie individuelle ? N'est-ce pas la société qui est atteinte ? (SIVADON, 1970, p.3)

L'usage de drogue (surtout par des jeunes en groupe) est un symptôme – parmi d'autres – de **malaise social**.

Par rapport à l'environnement socioculturel proposé aux adolescents, la toxicomanie peut avoir plusieurs significations (non exclusives l'une de l'autre) :

- une **contestation** et un **rejet global** de la société et de la culture actuelle
- un comportement de **fuite**
- un **défi** à la société dont on **transgresse les lois** (SILLAMY, 1995, p. 83)
voire un plongeon **anarchisant** et **nihiliste**
- une **angoisse devant l'avenir** ou *le manque d'avenir* (pressenti par le chômage)
- la recherche d'« **autre chose** », d'« **un ailleurs** » ou d'une philosophie plus exotique... Karl MARX est vraisemblablement dépassé, *la religion n'est plus « l'opium des peuples »*. *C'est peut-être au tour de la drogue de servir de religion...*

Références

SILLAMY N. - *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse Références, Paris, 1995, 276 p.

SIVADON P. - *Préface : Il convient d'être vigilant ;* in **BLOCH C.** - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

CHABROL H., - *Les toxicomanies de l'adolescent*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 2700, Paris, 2° éd. 1995.

2.8 Le toxicomane, le plaisir et la souffrance

2.8.1 Désir et libido chez le toxicomane

Dans le *Petit Larousse Illustré* de 1996, on peut lire : « *Toxicomane* : qui souffre de *toxicomanie* »... Pas de place apparemment pour le plaisir ou la libido dans cette définition ! Les **points de rencontre entre la toxicomanie et la libido** ne manquent pourtant pas :

- toxicomanie et libido fleurissent toutes deux à **l'adolescence**, moment de transformation corporelle et d'accès aux émois sexuels adultes
- toxicomanie et libido mettent en jeu un comportement de **recherche de plaisir**, de jouissance, dans une **rencontre à deux**, entre le moi et l'autre *ou* entre le moi et le produit : c'est la première différence entre ces deux aventures dans lesquelles se retrouvent embarqués les ados
- on a pu constater *chez certains* la **jouissance de la pénétration**... de l'aiguille et du produit... et chez d'autres un blocage de la **libido en phase orale**... ou encore la **perversion de la libido**, fixée sur un produit plutôt que sur un sujet humain
- le **plaisir de la consommation** (notamment d'héroïne, dans les premiers temps) est souvent décrit comme un "super-orgasme", le plaisir tiré du *flash* est même décrit d'une qualité supérieure à l'orgasme ; ces premières semaines sont d'ailleurs appelées « *lune de miel* » par les toxicomanes eux-mêmes... mais **la relation à la drogue** s'accompagne plus objectivement de **carences imaginaires et objectales** : elle est bien moins exigeante en mentalisations que l'orgasme, elle ne réclame pas la participation de l'imaginaire du partenaire, elle restreint peu à peu le champ relationnel, sans grand profit pour le narcissisme du toxicomane... (BERGERET)
- on note aussi des **modifications de la libido** *avant, pendant* ou *après* la consommation d'une drogue, soit que cette drogue ait un effet pharmacologique stimulant ou inhibiteur sur le système limbique ou sur le système reproducteur, soit qu'il existe un présumé mythique ou culturel sur certains produits dits **aphrodisiaques** ou **anaphrodisiaques** (dont il est bien difficile de séparer l'effet pharmacologique de l'effet *placebo*) :

- **aphrodisiaques** ou supposés tels : cantharide, yohimbine, alcool (à faible dose), barbituriques, benzodiazépines, cocaïne, amphétamines, ecstasy, nitrite d'amyle (*poppers*), marijuana, haschich, LSD, mescaline, testostérone, antidépresseurs, Viagra[®], etc.
- **anaphrodisiaques** ou supposés tels : héroïne, morphine, méthadone, alcool (à forte dose), neuroleptiques, anti-hypertenseurs, salpêtre (nitrate de potassium), oestrogènes (chez l'homme), progestatifs, anti-androgènes, etc. (ALLGEIER, 1992)

Cette rencontre, avec l'autre ou avec le produit, s'inscrit aussi, avant même de commencer, dans les comportements et les paroles des adultes et dans les mythes répandus dans la **culture adolescente**. Certains usagers de drogues ont "initié" leur parcours par exemple avec des somnifères reçus de leur mère...

Traditionnellement, on imagine que l'usager de drogues n'a pas de désir sexuel, que l'accès à la jouissance se ferait exclusivement par l'intermédiaire des produits. Traditionnellement aussi, on repère les défauts des fonctions parentales. Presque toujours, **le médecin tutoie** le toxicomane d'emblée, au risque de souligner, qu'à ses yeux également, **il n'a pas une identité adulte**.

Patrick témoigne : « *Je prends de l'XTC, y en a dans toutes les boîtes. On fait des bons de 8 mètres avec la musique, on n'a plus envie de rencontrer une fille. Sans XTC, je me fais chier.* »

L'autre est donc **inaccessible comme partenaire de plaisir**. Le **plaisir des produits** va aussi, à la longue, lui tourner le dos. Et c'est vrai qu'au bout des années passées dans cette descente aux enfers, descente pavée de silences, de mensonges, d'abandons, de maladies, d'amis ou de conjoints qui crèvent d'*overdose* ou de violences, de coups tordus des copains et de coups reçus des flics, souvent **il ne reste plus personne**.

Pascal : « *Dans ma vie, y a rien ; ma T.V., c'est sacré !* »

Marie-Eve : – *Me prostituer, sans Roche ou sans Vespa, je ne peux pas. Avec, ça vide la tête, je me fous de ce que je suis.* »

Prostitution : coupure du sujet d'avec son sexe, qui détourne la rencontre sexuelle de son objet pour gagner l'argent qui permettra la jouissance... du produit ! Prostitution : anesthésie du sujet qui se retrouve objet sexué (et consommable) dans le désir de l'autre...

Comment notre médecine peut-elle aider le toxicomane à dépasser le “repli” de sa libido ? Surtout si une certaine médecine “pharmacomaniaque” ou “activiste” prétend **répondre à toute souffrance par un produit ou par un acte** médical ? Quelle écoute offrir à ce patient dans **l'expression de son désir**, alors même qu'il vient demander au médecin... un produit de substitution ? La médecine occidentale a bien créé des cliniques de la douleur mais s'intéresse toujours relativement peu à la libido...

Références

ALLGEIER A. R., ALLGEIER E. R., -:*Sexualité humaine*, De Boeck, Bruxelles, 1992.

BERGERET J., - *Toxicomanie et personnalité*, P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 1941, Paris, 4° éd. 1994.

JACQUES C., ROMAIN J.-G., - *Atelier “ toxicomanie et libido ”*, Journée d'étude de la Société Balint Belge du 19.10.1996.

2.8.2 Le toxicomane et la souffrance

Il existe plusieurs manières – non incompatibles – d'envisager **la toxicomanie** dans ses rapports à **la souffrance** : la toxicomanie peut être à la fois

- **expression** de la souffrance de l'être humain
- **solution** à la souffrance
- **génératrice** de souffrance...

Depuis la nuit des temps, l'homme combat la souffrance en inventant des solutions plus ou moins heureuses. Dans le souci, il découvre l'alcool et les drogues qui lui permettent « *à chaque instant, de se soustraire au fardeau de la réalité et de se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité* ». (FREUD S., - *Malaise dans la civilisation*)

La drogue ou l'alcool sont ainsi des **solutions ponctuelles à la souffrance** et permettent d'**éviter l'affrontement aux conflits**... au mieux durant quelques heures. Mais la souffrance est partie intégrante de la condition humaine et ne tarde pas à réapparaître sous l'une ou l'autre de ses formes, organique, psychique, relationnelle ou spirituelle...

Le toxicomane qui se rend pour la première fois chez un médecin accomplit une démarche intéressante (au moins pour lui-même) : il met en doute son **automédication** et « *il frappe à la porte de celui qui est qualifié pour soigner certaines expressions de la souffrance* ». (CARPENTIER, 1994, p.26)

D'autre part, bien que les premières prises du toxique procurent incontestablement un **plaisir réel**, cette **lune de miel** avec la drogue fait place (généralement au bout de quelques mois ou années) à une souffrance aussi insupportable ou plus insupportable que celle qu'elle voulait résoudre. Tous les “vieux” toxicomanes vous diront qu'ils ne consomment plus leur drogue que pour ne pas se sentir mal... Le **cercle vicieux** (ou rétrostimulation) s'enclenche automatiquement et est de plus en plus difficile à briser.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.9 Le toxicomane et les petits groupes

2.9.1 Le vécu psychosocial du toxicomane

La drogue permet d'entrer dans une **culture parallèle** possédant sa propre hiérarchie, ses rites, son habillement... Le drogué ne fréquente plus finalement que ce milieu. Parfois la famille entière est toxicomane, ce qui révèle souvent un problème dans le milieu familial lui-même.

Le **dealer** est considéré comme un ami, une sorte d'*assistant social* qui donne l'impression de faire du bien. Pour quitter la drogue, il est souvent indispensable de **sortir du milieu de la drogue**, de sa sous-culture.

Le vécu social et la dépendance seront différents selon le produit et son coût, par exemple selon qu'il s'agit d'héroïne ou de benzodiazépine... Parfois le **haschich** apparaît comme une « porte d'entrée » dans la toxicomanie. Par contre l'**alcool** est souvent méprisé par le drogué, sauf comme “renforçateur” éventuel dans le cadre d'une polytoxicomanie. Le toxicomane est aussi souvent atteint d'une certaine **potomanie** (peut-être symptôme d'une prédominance de l'érotisme oral, diront certains psychanalystes...).

L'explication sociologique de la toxicomanie pourrait être la mort d'une certaine classe culturelle : celle des ouvriers par exemple ; l'épidémie de drogue équivaldrait alors à un **suicide collectif**...

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.9.2 Le toxicomane et l'école ... ou les loisirs

• Le toxicomane et l'école

Très souvent on note une corrélation entre l'entrée en toxicomanie et l'échec scolaire : un des premiers signes de la toxicomanie est alors le **décrochage scolaire**. Au contraire, les adolescents qui réussissent se droguent rarement. (ROMAIN, 2003)

D'autres « symptômes scolaires » se voient aussi souvent :

- **rejet des « valeurs »** prônées par l'établissement
- **conflits** avec les professeurs
- **difficultés d'intégration** ou d'entente avec les condisciples... (FIGIEL, 2003)

Actuellement on note heureusement une prise de conscience de la toxicomanie au niveau scolaire et la mise sur pied de nombreux programmes d'information.

Trop de directeurs d'école réagissent cependant encore par le renvoi pur et simple du consommateur de drogues, sans lui donner de seconde chance ou de période d'observation psychothérapique... alors que la drogue touche *tous* les établissements d'enseignement secondaire, sans exception !

On peut à juste titre se demander si la **répression** scolaire en matière de consommation de drogue – comme dans d'autres matières – ne constitue pas l'aveu d'un **échec à agir sur les causes**... (BLOCH, 1970, p.30)

• Le toxicomane et les loisirs

Quelques attitudes sont intéressantes à noter dans l'approche de l'adolescent toxicomane :

- la pratique régulière d'un sport ou d'un hobby... ou au contraire l'absence de tout loisir structuré
- l'absence d'intérêt pour la sexualité ou la sexualité débridée... en opposition avec la création de liens stables et un attrait équilibré pour la sexualité. (FIGIEL 2003)

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

FIGIEL Ch., ROMAIN J.-G – *Ateliers Toxicomanie et Famille*, Semaine à l'étranger de la SSMG, Lisbonne, mai 2003

2.9.3 Le toxicomane dans les milieux immigrés

Certains traits psychologiques sont particuliers au toxicomane appartenant à un **milieu maghrébin** :

- quel que soit le parcours du toxicomane, il reste très important pour lui de sauver **l'honneur du père**
- comme dans toutes les populations au sud de l'Europe, les femmes ont beaucoup d'importance en tant que gardienne du foyer ; le toxicomane maghrébin essaiera plus qu'un autre de protéger ce qui reste du « **modèle familial** ».

Tout ceci explique qu'une **approche systémique** familiale est souvent nécessaire (quoique difficile) dans ces milieux maghrébins.

2.10 Le toxicomane et la famille

2.10.1 Les ascendants et les collatéraux

- **Les réactions dans la famille**

On note habituellement un **décal** important entre le début de la toxicomanie de l'adolescent et la prise de conscience du problème par l'entourage familial ; dans certains cas on peut même parler d'une **cécité** ou d'un **déni** de l'évidence par les parents.

Font souvent suite des attitudes familiales de **dramatisation** de la drogue : on débarque par exemple chez le médecin généraliste au milieu de la nuit parce qu'on a trouvé *un* « joint » de cannabis dans la chambre de l'adolescent ! Ce genre de familles se signale aussi par l'existence d'une forte **angoisse** de plusieurs membres.

Certains parents au contraire essaient de dédramatiser voire de **banaliser** excessivement les problèmes de toxicomanie présentés par leur rejeton.

Ensuite, la réaction familiale est faite de **honte**, de désir de **cacher le problème** de la famille par rapport à l'extérieur.

Une attitude de **co-toxicomanie** apparaît parfois problématique : par exemple un parent donnera de grosses sommes d'argent au toxicomane pour s'acheter de la drogue *sans devoir commettre de délit*. Nous avons même rencontré des parents se rendant eux-mêmes aux Pays-Bas pour acheter la drogue de leur enfant... afin qu'ils échappent au risque de contrôle douanier ! (ROMAIN, 2003)

Parfois, la famille recherchera un nouvel équilibre en **rejetant** le toxicomane, sorte de coupable désigné ou de victime expiatoire des drames familiaux...

Après quelques mois ou années, apparaissent des **problèmes matériels** tant chez le drogué que dans son entourage familial : endettement, rejet du milieu de travail, huissiers, difficultés de logement...

• **Les facteurs de risque au sein de la famille** (FIGIEL, 2003)

Certaines familles se signalent par un « risque toxicomanogène » accru :

- **absence de rôle paternel** : décès, séparation, absence « virtuelle » (**démission**, dépression, surcharge de travail...)
- **déficiences du pôle maternel** : mère froide, peu aimante ou au contraire mère hyperprotectrice, étouffante...
- **modèle familial inadéquat** : sévérité excessive, rigidité, absence d'accès aux plaisirs ou au contraire laxisme, absence de règles et de séparations entre les générations
- **modèles familiaux particuliers vis-à-vis de la consommation** : parents alcooliques, valorisation de l'alcool ou des psychotropes ; possibilité d'imitation ou au contraire d'attitudes réactionnelles.
- **fonctionnement familial « en accordéon »**, avec quelque incohérence dans la durée : passer incessamment du rire aux larmes, de la co-toxicomanie aux punitions sévères, du laisser-aller aux règles les plus strictes... sont des exemples d'attitudes problématiques voire toxicomanogènes.

Ces facteurs de risque sont à aborder de préférence dans une **thérapie familiale** visant à modifier le fonctionnement du système.

Références

FIGIEL Ch., ROMAIN J.-G. – *Ateliers Toxicomanie et Famille*, Semaine à l'étranger de la SSMG, Lisbonne, mai 2003

2.10.2 Le toxicomane en couple

On rencontre souvent des couples de toxicomanes. Généralement les deux membres du couple **se stabilisent**, mais **rechutent** aussi **ensemble**.

Il existe aussi parfois des couples d'**états-limites** (les deux conjoints ayant une organisation psychique "prégénitale").

Il n'y a pas d'attitude précise à adopter en matière de prise en charge d'un couple de toxicomanes : soit individuellement, soit en couple, soit en famille... À voir au cas par cas !

Références

BOULANGER N. et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

FIGIEL Ch. – *Ateliers Toxicomanie et Famille*, Semaine à l'étranger de la SSMG, Lisbonne, mai 2003

2.10.3 Toxicomanie et parentalité (FIGIEL 2003)

Les toxicomanes ont aussi des enfants...

Un travail est possible à différentes étapes auprès des les toxicomanes parents et/ou de leur (futur) enfant.

1) **Au niveau préventif :**

Eviter les grossesses non désirées : assurer une **contraception** efficace, ou une information éventuelle sur les interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.)...

2) **Lors d'une grossesse :**

Eviter les complications médicales tant pour la mère que pour l'enfant :

- suivi gynécologique précoce ;
- traitement de **substitution** en cas de dépendance à l'héroïne ou de dépendance aux sédatifs ;
- incitation répétée à l'abstinence de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy et à une très grande modération vis-à-vis de l'alcool et du tabac.

3) **Après l'accouchement :**

- soutien psychologique, social, éducationnel des parents visant dans la mesure du possible à **éviter le placement** qui présente des risques de **carences affectives précoces** et donc d'induction de toxicomanie pour la génération suivante ;
- prévention de la **mort subite** du nourrisson ;
- soutien particulier de la mère dans les jours et semaines suivants l'accouchement : risque de « **baby blues** » ; beaucoup plus rarement, possibilité de psychose du post-partum (dépression mélancolique ou bouffées psychotiques).

Autant que possible, les soins durant la grossesse et la période néonatale doivent se faire en partenariat pluridisciplinaire, avec idéalement une bonne collaboration entre le médecin traitant, le gynécologue et le pédiatre...

Pour les situations problématiques, l'intervention d'organismes extérieurs est souvent nécessaire : SAJ, SPJ, ONE, Equipes Parentalité du *Centre ALFA* (Liège) ...

En matière de toxicomanie et parentalité, le **travail pluridisciplinaire** devra respecter (plus que jamais) certaines **règles** éthiques et déontologiques :

- attitudes non moralisatrices ;
- réunions régulières avec les parents ;
- fixation d'un cadre rassurant ;
- prise en compte des intérêts, des désirs des parents et de l'enfant ;
- rôle clair de chacun : certains intervenants ont une fonction de contrôle et d'autres de thérapie.

Références

BOULANGER N. et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

FIGIEL Ch. – *Ateliers Toxicomanie et Famille*, Semaine à l'étranger de la SSMG, Lisbonne, mai 2003

2.11 Le toxicomane et ses soignants ou médecins

2.11.1 Le toxicomane est un patient *difficile*

L'utilisateur de drogues est le plus souvent **jeune et en mauvais état** ; il est vraiment différent d'un vieux malade en train de mourir ! Et il n'est pas toujours aisé de se débrouiller avec ce jeune patient...

Dans un premier temps, le toxicomane prend souvent de la drogue par plaisir et, plus tardivement, pour éviter la souffrance ; *la communication* avec son médecin traitant – notamment **au sujet du plaisir** – est quelquefois *difficile*, ce dernier ayant étudié bien plus la souffrance que le plaisir.

Le drogué se révèle aussi *un patient difficile* quand il est – ou a été – **délinquant, criminel, prostitué(e)** ou d'une façon ou l'autre **marginal** ; son *passé* et son *présent* sont lourds à porter ; que peut bien faire le médecin pour une telle « vie en miettes »... depuis des années voire depuis la petite enfance ? La **reconstruction** de la personne prendra également **de nombreuses années**...

L'utilisateur de drogue dure est un patient *difficile* quand il est sans cesse en train de risquer l'incarcération ; il vit **en marge de la loi** et/ou **sans auto-contrôle** ("*anomie*") ; la récurrence de drogue s'accompagnera souvent d'un retour à la case "prison" du Monopoly social.

Certains toxicomanes sont des patients *difficiles* parce qu'ils présentent un « **défaut fondamental** » dans la construction de leur personnalité, une interruption dans leur maturation psychologique et souvent des **signes d'immatunité** :

- l'utilisateur de drogue exige « *tout, tout de suite* »
- il imagine que le fonctionnement de la drogue est quasi miraculeux
- il fait preuve d'un manque d'introspection, il ne se pose pas de question
- il ne regarde pas vers l'avenir, il est cadencé au présent ou au passé...

(ROMAIN, 1997)

Cependant, cette immaturité peut parfois être "utilisée" par le thérapeute. Certains utilisateurs de drogue demandent qu'on leur dise **comment on les voit** ; ainsi **on peut les valoriser** ou simplement leur signaler les changements positifs ou négatifs, **on sert de miroir** qui renvoie leur image. Par exemple :

« *Tu as fort maigri...*

– *Avant tu te serais fâché, maintenant tu écoutes...* » (ALI S., START, 1997)

Après le sevrage, un travail psychologique plus en profondeur peut commencer. Mais le médecin découvre à ce moment toutes sortes de **problèmes** psychiatriques *difficiles* : des névroses, des psychoses, des psychopathies, des états *borderline*, etc. Le toxicomane est **presque toujours dépressif** pendant ou après le sevrage ; une question difficile et irrésolue court alors sur les lèvres de tous les soignants : « *Comment pouvons-nous l'empêcher de se suicider ?* » Ce n'est pas toujours possible et très frustrant... (ROMAIN, 1997)

D'un point de vue *balintien* (c'est-à-dire *en étudiant la relation soignant-soigné*), au début des contacts entre le médecin et le toxicomane, celui-ci se présente souvent en consultation seulement pour **demandeur un produit** de substitution à sa drogue (par exemple de la méthadone). A ce stade, le toxicomane **ne veut pas parler** ; il n'est pas encore prêt à ne prendre que le “**médecin-médicament**”.

On peut souvent dire que la toxicomanie n'est qu'un signe ou un symptôme et pas une maladie réelle : le recours à la drogue est **une parole silencieuse** (qui a quelques points communs avec la parole silencieuse de la maladie psychosomatique) ; cette parole silencieuse est **difficile à verbaliser**... et empêche généralement une approche de type psychanalytique pendant les premiers mois de la relation toxicomane-thérapeute. (CARPENTIER, 1994)

D'autres utilisateurs de drogues **jouent aux dés avec la mort** ; nous assistons ainsi à de véritables “joutes” entre l'*Eros* (pulsion de vie) et le *Thanatos* (pulsion de mort)... ou à des comportements “*ordaliques*”, c'est-à-dire qu'ils s'en remettent à un « jugement de Dieu » (ou au Hasard) pour continuer à vivre ou mourir, comportements pour le moins déstabilisants pour le médecin...

Le toxicomane est également un patient *difficile* quand il oscille chaque jour entre le **fatalisme** et la volonté de **choisir une meilleure vie** : il déclare parfois « *je suis foutu* » et, dix minutes plus tard, « *O.K., aujourd'hui j'arrête* »... Il y a aussi l'illusion fréquente de pouvoir arrêter la drogue tout seul, « *J'arrête quand JE veux* », dit-il...

Le médecin doit travailler sur ce “**choix**”. Ce n'est guère facile, notamment parce que le toxicomane “**projette**” souvent la responsabilité sur d'autres :

« *C'est de la faute de mon père...*

– *C'est ma mère la coupable...*

– *J'ai rechuté parce que les dealers sont venus me relancer dans mon nouveau*

studio...

– *Ma petite amie a refumé [de la drogue] et donc j'ai fait de même... »* (ROMAIN, 1997)

Ce phénomène d'**attribution** consiste à attribuer ses échecs à des causes externes (en l'occurrence à autrui) et ses réussites à des causes internes (c'est-à-dire à la personne elle-même). Ce phénomène d'attribution n'est pas propre au toxicomane mais spécialement *difficile* à gérer avec lui. (ALI S., START, 1997)

En fin de compte, le toxicomane est un patient *difficile* surtout parce qu'**il lui faut mûrir lentement** ; et parce que *le médecin et la société doivent eux aussi mûrir !* Le terrain (vague) triangulaire entre **LA DROGUE, LE TOXICOMANE ET LA SOCIÉTÉ** prend parfois des allures de **champ de bataille** (comme souvent toute la médecine relationnelle)...

– *En tant que médecin, je peux gagner certains combats... mais je ne suis pas certain de vaincre, dans cette lutte permanente contre la drogue ; et ce problème difficile s'accroîtra vraisemblablement dans l'avenir ! C'est un vrai jeu de guérilla, une espèce de "Kriegspiel"... auquel on peut prendre plaisir...*

Références

ALI Salvatore, psychologue, **S.T.A.R.T.**, *service transdisciplinaire d'aide aux risques liés à la toxicomanie*, centre de première intervention, Montagne S^{te} Walburge 4A, B- 4000 Liège, 1997.

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

ROMAIN J.-G., - *L'héroïnomane est un patient difficile*, conférence au Congrès Balint de Dubrovnik (Croatie), le 3 juin 1997.

2.12 L'évolution de la toxicomanie ; la trajectoire du toxicomane et son cheminement thérapeutique...

La toxicomanie se présente comme un **phénomène chronique** dont la durée moyenne peut être évaluée à **une dizaine d'années**. L'effort thérapeutique parallèle est de longue haleine.

Comme pour toute maladie grave, un pronostic est difficile à établir. La règle habituelle, en regroupant l'ensemble des prises en charge, reste actuellement d'*environ* **1/3 de guérisons, 1/3 de stabilisations et 1/3 d'échecs**. Ceci signifie qu'il n'existe pas encore à l'heure actuelle de traitement-miracle et qu'un effort considérable doit être réalisé dans le champ :

1. de la prévention
2. des premiers contacts
3. de la thérapeutique.

D'aucuns estiment toutefois que le pronostic ne peut être qualifié de mauvais. Ils considèrent qu'une majorité des dépendants finit par s'en sortir, en dehors des complications médicales que représentent l'*overdose* (qui provoque 1 à 2 % de décès par an) et en dehors des pathologies irréversibles telles que le SIDA, les hépatites virales B ou C, et en dehors des cas d'emprisonnement (qui ne possède pas valeur de traitement).

Fréquemment, plusieurs cures s'avèrent nécessaires pour atteindre l'abstinence, chacune pouvant se montrer utile à un moment donné. Chaque cure menant à un échec apparent signifie un pas supplémentaire dans le parcours libérateur potentiel. Chaque cure, appréciée isolément, peut apparaître de mauvais pronostic, mais l'accumulation des gestes engendre un résultat positif.

Afin d'apprécier **la progression** dans la prise en charge, il importe de juger **en termes de trajectoire** et non en termes d'instant. Le chemin de la désintoxication est parsemé d'embûches, de difficultés qui provoquent souvent la rechute. Il ne faut pas se décourager. Pour toutes les dépendances, la maturation s'effectue progressivement.

Semblable conception incite à témoigner d'**une vision optimiste de l'accompagnement des toxicomanes**. Le traitement choisi variera dans le temps en fonction du trajet déjà parcouru par le patient...

Références

FIGIEL Christian, neuropsychiatre, **A.L.F.A.** ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies, rue Saint-Denis, 4, B-4000 Liège, 1994.

Psychiatrie

2.13 Les diagnostics psychiatriques *associés* à la toxicomanie

2.13.1 Les troubles psychiques *liés* à une drogue

Dans un but de cohérence du diagnostic et du traitement, il est certainement intéressant de distinguer :

- les syndromes psychiques **liés à l'utilisation** d'une substance :

- la **dépendance**
- l'**abus**

- des syndromes psychiques **induits par** une substance :

- l'**intoxication**
- le **sevrage**
- le delirium par intoxication
- le delirium du sevrage
- la démence persistante
- le trouble amnésique persistant
- le trouble psychotique * avec idées délirantes ou avec hallucinations
- le trouble de l'humeur *
- le trouble anxieux *
- la dysfonction sexuelle *
- le trouble du sommeil *

* N.B.: pour ces dernières catégories de syndromes, il est aussi utile de préciser si le trouble a débuté pendant l'intoxication ou à l'occasion du sevrage.

- le trouble persistant des perceptions (*flash-backs* des hallucinogènes)

(Mini-DSM-IV, 1996, pp. 105 et suiv.)

Les quatre premiers syndromes (*dépendance, abus, intoxication et sevrage*) ont été décrits précédemment dans chaque classe de substances.

- **Le delirium dû à une intoxication**

Un **delirium** est un syndrome (apparaissant *au moment de l'intoxication*) associant :

A. Une **perturbation de la conscience de l'environnement**, avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'**attention**, et

B. Une **modification du fonctionnement cognitif**, telle que

- trouble de la **mémoire**
- **désorientation**
- **aphasie** (perturbation du langage)

ou bien une **perturbation des perceptions**.

Ces symptômes A et B sont nettement plus marqués qu'ils ne le sont habituellement dans le syndrome d'intoxication

C. La perturbation s'installe *en quelques heures* ou *quelques jours* et tend à avoir une *évolution fluctuante* tout au long de la journée. (Mini-DSM IV, 1996, p. 82)

Un delirium est possible *pendant l'intoxication* par **tous les produits**, *sauf* avec la caféine et la nicotine.

- **Le delirium dû au sevrage**

Les critères symptomatiques sont les mêmes, mais il s'agit d'un delirium survenant *au moment* d'un syndrome de sevrage, ou bien *peu de temps après*. (Mini-DSM IV, 1996, p. 83)

Les substances dont le **sevrage peut entraîner un delirium** sont essentiellement :

- l'**alcool**
- les **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques (**barbituriques** surtout)

- **La démence persistante** induite par une substance

Cette démence persistante combine les symptômes suivants :

A. Apparition de **déficits cognitifs multiples**, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la **mémoire** (mémorisation et remémoration), et
2. une (ou plusieurs) des perturbations suivantes :

aphasie (perturbation du langage)

apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

perturbation des **fonctions prédictives et exécutives** (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B. les déficits cognitifs *A1* et *A2* sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du *fonctionnement social* ou *professionnel* et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur

C. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours d'un delirium et *persistent* au-delà de la durée habituelle d'une intoxication ou d'un sevrage à *une substance*. (Mini-DSM IV, 1996, p. 92)

Une démence persistante peut être due essentiellement aux effets de l'intoxication par

- l'**alcool**
- les **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques
- les **solvants** volatils

- **Le trouble amnésique persistant** induit par une substance

A. Apparition d'une altération de la **mémoire** dont témoigne une altération de la capacité à

- la *mémorisation* (**apprendre** des informations nouvelles) *ou* à
- la *remémoration* (**se rappeler** les informations apprises antérieurement)

B. Le trouble amnésique est à l'origine d'une altération significative du **fonctionnement social** ou **professionnel** et représente un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur

C. La perturbation de la mémoire ne survient *pas exclusivement* au cours de l'évolution d'un delirium ou d'une démence et *persiste* au-delà de la durée habituelle d'une intoxication ou d'un sevrage *à une substance*. (Mini-DSM IV, 1996, p. 95)

Un trouble amnésique persistant peut suivre l'intoxication par

- l'**alcool**
- les **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques

• **Les troubles psychotiques** induits par une substance

A. Il s'agit essentiellement d'**hallucinations** (avec *anosognosie*) ou d'**idées délirantes**, ou des deux, dominant le tableau clinique.

B. Ces hallucinations ou ces idées délirantes sont apparues *pendant* une *intoxication* ou un *sevrage* à une substance, ou *dans le mois qui a suivi* ; ou bien la prise d'une substance est liée étiologiquement au trouble psychotique.

C. Diagnostic différentiel avec d'**autres troubles psychotiques non induits** par une substance :

- si les symptômes précèdent la prise de la substance
- si les symptômes persistent pendant une période conséquente (un mois ou plus) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère
- si les symptômes dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation...

D. Les troubles psychotiques en question ne surviennent *pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium*. (Mini-DSM IV, 1996, pp. 157-158)

Ces troubles psychotiques induits par une substance peuvent commencer

- *pendant l'intoxication*, ou *dans le mois* qui a suivi l'intoxication, par **tous les produits** sauf avec la caféine et la nicotine
- *pendant le sevrage* de l'**alcool** des **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques

Généralement ces troubles psychotiques induits par une substance *durent* moins d'un mois...

• **Les troubles de l'humeur** induits par une substance

A. Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

1. **humeur dépressive** ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
2. **élévation de l'humeur**, ou humeur expansive ou **irritable**

B. Les symptômes A1 ou A2 se sont développés *pendant* ou *dans le mois qui a suivi* une intoxication ou un sevrage, ou bien quand le trouble thymique est étiologiquement lié à la prise de la substance.

C. Diagnostic différentiel avec d'**autres troubles de l'humeur non induits** par une substance :

- si les symptômes précèdent la prise de la substance
- si les symptômes persistent pendant une période conséquente (un mois ou plus) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère
- si les symptômes dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation...

D. Les troubles de l'humeur en question ne surviennent *pas uniquement au décours d'un delirium*.

E. Ces symptômes thymiques entraînent une *souffrance* cliniquement significative ou une altération du *fonctionnement social, professionnel*, ou dans d'autres domaines importants.

(Mini-DSM IV, 1996, pp. 183-184)

Ces troubles de l'humeur induits par une substance peuvent débuter

- *pendant l'intoxication* par **tous les produits sauf** avec la caféine, la nicotine et le cannabis
- *pendant le sevrage* de l'**alcool**
des **amphétamines**
de la **cocaïne**
des **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques

• **Les troubles anxieux** induits par une substance

A. **Anxiété**, ou attaques de **panique**, ou **obsessions**, ou **compulsions** sont au premier plan du tableau clinique.

B. Les troubles anxieux décrits en A se sont développés *durant*, ou *moins d'un mois après*, une intoxication ou un sevrage à une substance, ou bien l'utilisation d'une substance est étiologiquement liée au trouble anxieux.

C. Diagnostic différentiel avec d'**autres troubles anxieux non induits** par une substance :

- si les symptômes précèdent la prise de la substance
- si les symptômes persistent pendant une période conséquente (un mois ou plus) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère
- si les symptômes dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation...

D. Les troubles anxieux en question ne surviennent *pas uniquement au cours d'un delirium*.

E. Ces symptômes anxieux entraînent une *souffrance* cliniquement significative ou une altération du *fonctionnement social, professionnel*, ou dans d'autres domaines importants..

(Mini-DSM IV, 1996, pp. 215-216)

Les troubles anxieux induits par une substance peuvent commencer

- *pendant l'intoxication* par **tous les produits** sauf avec la nicotine, les opiacés, les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- *pendant le sevrage* de l'**alcool**
de la **cocaïne**
des **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques

• **Les dysfonctions sexuelles** induites par une substance

A. On fera ce diagnostic quand on constate la présence, au premier plan du tableau clinique, d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative, à l'origine de **souffrance** marquée ou de difficultés **interpersonnelles** :

- **baisse** ou absence **du désir** sexuel
- trouble **de l'excitation** sexuelle, trouble de l'érection
- trouble **de l'orgasme** : anorgasmie, *éjaculation précoce* (par exemple lors d'un *sevrage aux opiacés*)
- trouble sexuel **avec douleur** : dyspareunie, vaginisme

B. Cette dysfonction sexuelle est apparue pendant une intoxication ou dans le mois qui a suivi, ou bien la perturbation est liée étiologiquement à la substance.

C. Diagnostic différentiel avec d'**autres dysfonctions sexuelles non induites** par une substance :

- si les symptômes précèdent la prise de la substance
- si les symptômes persistent pendant une période conséquente (un mois ou plus) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère
- si les symptômes dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation...

(Mini-DSM IV, 1996, pp. 243-245)

Des dysfonctions sexuelles peuvent apparaître pendant l'intoxication par

- **alcool**
- **amphétamines**
- **cocaïne**
- **opiacés**
- **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques...

- **Les troubles du sommeil** induits par une substance

A. On fera ce diagnostic quand on constate la présence, au premier plan du tableau clinique, d'une perturbation prononcée du sommeil suffisamment sévère pour justifier à elle seule un examen clinique :

- **dyssomnies** :

- insomnie**

- hypersomnie**, narcolepsie

- trouble du sommeil lié à la respiration (*apnées*, hypoventilation alvéolaire *centrales*)

- trouble du sommeil lié au *rythme circadien* (retard de phase...)

- **parasomnies** :

- cauchemars, terreurs nocturnes

- somnambulisme

B. Ce trouble du sommeil est apparu pendant une intoxication ou dans le mois qui a suivi ou bien la perturbation est liée étiologiquement à la substance.

C. Diagnostic différentiel avec d'**autres troubles du sommeil *non* induits** par une substance :

- si les symptômes précèdent la prise de la substance

- si les symptômes persistent pendant une période conséquente (un mois ou plus) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère

- si les symptômes dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation...

D. Le trouble du sommeil ne survient *pas exclusivement au cours d'un delirium*.

E. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. (Mini-DSM IV,

1996,pp. 268 -270)

Peuvent commencer *pendant l'intoxication* ou pendant *le sevrage* de

- **alcool**
- **amphétamines**
- **cocaïne**
- **opiacés**
- **sédatifs**, hypnotiques ou anxiolytiques

Des troubles du sommeil peuvent aussi apparaître *pendant l'intoxication* à la **caféine**.

Références

American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV ; critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduc. française par

DELFI J.-D. et al., Masson, Paris, 1996, 384 p.

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

LAQUEILLE X., GUILLAUME M.-E., - *Prise en charge psychiatrique des patients en traitements de substitution*, in **TOUZEAU D., JACQUOT C.**, - *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, coll. Pharmacoscopie, Paris, 1997, 329 p.

ROUSSEAU J.P., DERELY M., - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

Diagnostic et Traitement

2.14 L'anamnèse du toxicomane

L'anamnèse du toxicomane s'inscrit au départ du **dialogue** amorcé. Elle s'élabore en un seul geste ou s'étale sur plusieurs entretiens. Elle est susceptible de se répéter en fonction de la trajectoire thérapeutique et des changements d'intervenants. Elle nous semble indispensable à tout **travail d'équipe** autour du et avec le toxicomane.

L'anamnèse établit un état des lieux. Elle précise et affine le diagnostic. Elle permet de fixer les orientations et les modalités thérapeutiques.

Loin d'être stéréotypé, adaptable selon les cas, le schéma anamnestique explore diverses données, par exemple :

1. Données sociales

- études
- vie professionnelle (régularité du travail)
- ressources (gains professionnels, chômage, C.P.A.S., prostitution, ressources illégales, néant)
- logement.

2. Données familiales

- parents (père et mère) dont l'âge, la profession, la santé, les relations, l'absence de l'un des parents (souvent le père)
- fratrie ou non, en précisant les toxicomanies éventuelles, l'existence de problèmes divers
- vie affective (compagne, compagnon, enfants) stable ou non
- grands-parents, etc., susceptibles d'accueillir temporairement le sujet
- fréquentations...

3. Produits

Pour chacun des produits évoqués, il importe d'interroger sur

- le début de la consommation,
- la régularité de l'utilisation et la dépendance, en précisant les arrêts de la consommation, les événements de vie qui ont déclenché les rechutes, le passé

- thérapeutique (par ex. les cures résidentielles et leur tolérance...)
- la situation actuelle.

Les produits pris en considération sont, par exemple, dans l'ordre :

- tabac
- alcool
- haschich
- amphétamines
- cocaïne
- médicaments (benzodiazépines, barbituriques...)
- LSD, XTC
- héroïne...

Quelques remarques méritent d'être formulées.

Le **tabac** représente le produit **le plus corrélé** avec les **drogues dures** : 90 % des consommateurs d'héroïne ont commencé à fumer du tabac souvent très jeunes, vers l'âge de 10 ans, par imitation d'un modèle ou par désir d'identification. L'utilisation précoce du tabac constitue certainement un facteur de fragilité du sujet.

En cas d'**alcoolisme**, il faut détecter la recherche de l'ivresse. L'alcool intervient avec une grande incidence dans les **polytoxicomanies**. L'association la plus fréquente regroupe l'alcool et les drogues illicites.

En Europe occidentale, l'usage des **drogues douces** démarre en général vers l'âge de 15 ans. La poursuite de l'utilisation du *haschich chez l'héroïnomanie* représente plutôt un signe de *bon pronostic* (d'arrêt possible de l'héroïne).

La **cocaïne** est de moins en moins *sniffée* et de plus en plus **fumée** (notamment sous forme de *crack*) **ou injectée**, et ce **sporadiquement** du fait de l'absence de dépendance physique avérée, par exemple à l'occasion d'une rentrée d'argent, au début du mois...

Parmi les médicaments, les **benzodiazépines** et les **barbituriques** se situent au premier plan. Leur consommation abusive se rencontre *avant ou après* celle des drogues illicites, découverte parfois occasionnelle lors d'une cure de sevrage à d'autres substances ou après la sortie de clinique. Certains médicaments suppléent en certaines circonstances au produit toxicomanogène habituel, temporairement indisponible. Il importe d'apprécier la prise régulière ou passagère, n'engendrant pas de dépendance, et de détecter deux

symptômes, d'une part **l'usage immodéré**, d'autre part l'utilisation **en dehors des moments prescrits** (par ex. un hypnotique ingéré durant la journée).

L'**XTC** est un dérivé amphétaminique déclenchant des effets psychodysléptiques, plus légers que ceux du LSD. Jusqu'à présent, son emploi apparaît assez **ritualisé** pour participer à certaines ambiances musicales.

La consommation d'**héroïne** s'effectue de plus en plus **par inhalation**, souvent en mélange avec des substances inertes (talc, etc.) ou actives (stupéfiants, etc.). L'injection **intraveineuse** d'héroïne ("*shoot*" ou "*fix*") devient heureusement une pratique moins fréquente, avec son tableau de complications connues que composent les phlébites, les septicémies et l'*overdose*.

Lors de son interrogatoire, l'héroïnomane tend souvent à **majorer sa dose** habituelle. Il déclare une dose nécessaire pour assurer son bien-être, alors que, la plupart du temps, la quantité réellement consommée équivaut à environ la moitié.

Dans notre expérience, le **délai** séparant le début de la toxicomanie "*dure*" du premier **appel à l'aide** est de l'ordre de **deux ans**.

Les toxicomanies sont parfois diversifiées ; certains fument « **n'importe quoi** » par ex. : des comprimés de Buscopan[®] ...

4. Le produit principal

- quantité
- mode d'utilisation
- fréquence d'utilisation
- dépendance physique et/ou psychique, tolérance, symptômes de sevrage
- arrêts spontanés ; ne pas oublier à ce sujet de "positiver" l'arrêt de drogue réussi dans le passé, en soulignant par exemple :
« *Tu as été capable d'arrêter autant de mois...* »
- cures (ambulatoires ou résidentielles) avec résultats et motivation de l'interruption.

Ces quelques éléments renseignent notamment sur le ressort psychologique du patient.

5. Les problèmes judiciaires

- séjours en prison

- procédures en cours
- libération conditionnelle
- injonction thérapeutique (probation), etc.

6. Les problèmes somatiques et psychiatriques

Motifs fréquents de la consultation ou de l'appel urgent, ces problèmes somatiques ou psychiatriques figurent en tête de liste pour l'omnipraticien :

- overdose
- tentative de suicide
- phases dépressives
- crises épileptiques
- hépatites
- SIDA
- troubles sexuels
- problèmes de sommeil ; différencier clairement l'**insomnie** du **décalage nycthéméral** (bien plus fréquent) lié à l'absence de synchronisation sociale : beaucoup de toxicomanes se couchent à 4 h du matin et se lèvent à midi...
- problèmes pulmonaires et bronchiques (leur fréquence dépend du fait que de nombreux produits sont consommés sous forme de cigarettes ou de fumettes)
- état des veines superficielles...

7. Projets

- sur le plan affectif
- sur le plan professionnel
- sur le plan des loisirs.

Les réponses recueillies se révèlent souvent identiques, stéréotypées et peu réalistes. Pour le praticien, il s'agit de dépasser ce stade, de déterminer et d'évaluer les motivations du toxicomane à **réaliser des efforts** (hobbies, sports antérieurs délaissés...), plutôt que de se limiter aux projets traditionnels (travail, épouse, foyer, etc.).

La réponse à la question de la **conception du bonheur** revêt ici toute son importance !

8. Espace socioculturel

9. Occupation du temps

Certains patients dépendants des drogues dures demeurent parfaitement intégrés dans leur milieu professionnel. D'autres consacrent tout leur temps à l'acquisition du toxique.

10. Les attentes

Il est utile de différencier clairement les

- attentes du toxicomane
- attentes de la part du médecin ou du soignant
- raisons du choix du médecin ou du soignant.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.15 L'appel à l'aide et l'urgence

2.15.1 Le traitement du surdosage d'opiacés

L'*overdose* d'opiacés est une véritable **urgence** médicale et doit être traitée comme telle par un service de réanimation pendant 24 heures au moins.

Le traitement de l'*overdose* aux opiacés doit cependant commencer *avant* le transfert en service spécialisé : idéalement, on injectera en I.V. 0,4 mg de **naloxone** (Narcan[®]), c'est-à-dire une ampoule, par exemple à trois reprises, à trois à cinq minutes d'intervalle. Des réinjections plus importantes pourront être faites après transfert en service de réanimation, jusqu'à une dose totale de 10 mg de Narcan[®] (c'est-à-dire 25 ampoules). A ce moment, s'il n'y a pas de modification clinique, il ne s'agit pas d'une intoxication morphinique (une overdose de barbituriques ?...). Si la voie I.V. n'est pas possible, Narcan[®] peut être utilisé par voie I.M. ou S.C.

La naloxone est l'antidote de choix des *opiacés* car elle ne possède pas elle-même d'effet dépresseur respiratoire. La naloxone "réveille" rapidement l'héroïnomane mais beaucoup moins bien le polytoxicomane... Il faut savoir que le toxicomane "réveillé" par la naloxone présente souvent un **syndrome de sevrage brutal** : le patient est agité, agressif, voire délirant ; il peut présenter des frissons, de l'hyperventilation, des vomissements, des tremblements, de la sudation, de la *tachycardie*, de l'*hypertension*... Ces deux derniers symptômes de sevrage expliquent pourquoi la naloxone doit être administrée avec grande prudence aux malades cardiovasculaires graves.

Une **surveillance** hospitalière (surtout de la fonction respiratoire) s'impose pendant un minimum de **24 heures**, parce que la durée d'action des antagonistes des opiacés en I.V. est de 20 minutes à 2 heures, c'est-à-dire bien moins longtemps que l'action des opiacés ; la **dépression respiratoire** ou l'**œdème pulmonaire** peut ainsi réapparaître après plusieurs heures. C'est la raison pour laquelle la naloxone doit être poursuivie en perfusion continue, dès qu'une ventilation spontanée suffisante est obtenue.

Notons qu'un éventuel **surdosage de méthadone**, lui, devrait être surveillé plus longtemps, par exemple **48 heures**, au vu de la durée d'action spécialement longue de cet opiacé.

La dyspnée d'origine centrale (bulbaire) répond assez bien à la naloxone, mais pas l'œdème pulmonaire. On ne comprend pas bien le lien de causalité entre l'*overdose* d'opiacés et cet œdème pulmonaire. Celui-ci peut apparaître ou s'aggraver rapidement et provoquer la **mort par hypoxie**.

Il serait faux de croire que cet oedème pulmonaire ne survient qu'avec les morphiniques puissants : nous avons aussi observé un oedème pulmonaire lors d'une *overdose* de codéine.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

LEVY^aA., EDEL Y., - *Le toxicomane aux urgences*, p. 171 in **TOUZEAU D., JACQUOT C.**, - *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, coll. Pharmacoscopie, Paris, 1997, 329 p.

MORGAN J. P., - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Siderm – Frison Roche, Paris, 1988.

2.15.2 Le traitement du manque

L'appel à l'aide est fréquemment exprimé dans **l'état de manque** (pour les drogues illicites et non pour l'alcool). Cette circonstance, le plus fréquemment occasion d'un premier contact, s'avère difficile à gérer.

- **L'héroïnomane en manque**

A la différence de l'*overdose* (qui est une véritable urgence), **l'état de manque d'héroïne n'est jamais une urgence vitale** (quoique l'héroïnomane essaie de le présenter ainsi au jeune médecin...). Avec un minimum d'expérience, l'état de manque d'héroïne est ordinairement **gérable en ambulatoire**.

Fréquemment l'héroïnomane en manque excelle à faire entrer le médecin dans sa logique du « **tout ou rien** », « **tout de suite** », demandant des « **médicaments-miracle** » avec lesquels *tout ira bien*, dit-il... Il importe à cet instant d'être **à l'écoute** du patient, de ses plaintes, une écoute vraie, empathique, mais simultanément cohérente et ferme.

On ne saurait trop insister sur l'importance psychologique de cette **première rencontre** qui sera souvent pour le praticien une source de **frustration** (le toxicomane montrant au thérapeute son impuissance à l'aider, se faisant un plaisir de mettre le doigt sur les failles du système). Il importe dès lors pour le thérapeute d'être clair, logique avec lui-même, de proposer au patient sa façon d'œuvrer (qui ne correspondra pas nécessairement à ce que le dépendant souhaite), de lui **proposer un cadre thérapeutique** dans lequel il sera autorisé à évoluer (lui dont un des problèmes est la grande difficulté d'intégrer les limites).

En certaines circonstances, le premier contact avec cet héroïnomane se révèle inapproprié pour un dialogue élémentaire, notamment lorsque l'état de manque est dominé par un **stress** intense, une **anxiété** exacerbée et des **manifestations algiques** intolérables. L'impératif initial médical consiste alors à calmer la situation de crise au moyen d'**antalgiques**, de **sédatifs**, d'**anxiolytiques** selon besoin. L'intervention médicale se déploiera en fonction de l'état du patient. Ensuite, une fois la plainte immédiate (la crise) apaisée, il sera permis d'**envisager un entretien**. Une simple **benzodiazépine** suffit occasionnellement pour promouvoir cette communion.

- À la différence du manque d'héroïne, les complications médicales possibles liées à la consommation et au manque d'**alcool** ou de **barbituriques** imposent une **hospitalisation** pour le **sevrage** à ces deux derniers produits.

- À notre avis, le **polytoxicomane en manque** dont une des drogues quotidiennes est l'**alcool** et/ou un **barbiturique** devrait être, lui aussi, **hospitalisé** d'office.
- Quant à tous les **autres états de manque**, exception faite de certaines décompensations de type psychotique heureusement rares, ils se traitent souvent très bien **en ambulatoire**...

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.15.3 Le risque suicidaire

Références

ANSSEAU M., D'HAENEN H. et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

2.15.4 Les urgences psychiatriques

Références

ANSSEAU M., DAENEN H. et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

2.16 La pharmacothérapie

2.16.1 Le sevrage

2.16.1.0 Généralités sur le sevrage

La prise en charge du toxicomane se fixe idéalement et chronologiquement plusieurs missions :

- réaliser le **sevrage physique** du syndrome d'abstinence immédiat
- prévenir et **traiter le syndrome déficitaire** dans le décours de la désintoxication physique
- remplacer les toxiques par **d'autres investissements** grâce à l'accompagnement psychologique et à l'aide sociale.

Le sevrage physique ne concentre pas tout le traitement. Il constitue une étape importante au départ du trajet thérapeutique, parfois répétée au cours du cheminement du patient. Il mérite préparation.

La cure de sevrage est indispensable pour les drogues entraînant une dépendance physique.

Classiquement, elle d'adresse aux produits suivants :

- tabac
- alcool
- barbituriques
- benzodiazépines
- héroïne.

Lorsqu'il s'inscrit dans une perspective de changement d'existence, à la demande personnelle et sincère de l'intéressé et non sous la pression de référents extérieurs (entourage, famille, instances judiciaires...), le **sevrage physique** est capable de créer un vécu positif chez l'individu dépendant. Cet apport est susceptible d'être exploité par la suite lors du **sevrage psychologique**.

Les techniques de sevrage dépendent des toxiques incriminés. Une pharmacothérapie adéquate atténue le manque, maîtrise les complications psychiatriques et prévient le syndrome déficitaire.

Quelques principes similaires régissent les sevrages aux benzodiazépines, aux barbituriques et à l'alcool, notamment :

- la possibilité d'utiliser en sevrage le **même produit** (pour les médicaments)
ou de le remplacer par une substance de *longue durée* d'action : c'est le principe de la **substitution**, par ex. substitution du flunitrazépam ou des barbituriques par du clonazépam (**Rivotril**®)
- l'emploi d'un **antiépileptique** dans les premiers temps
- l'usage d'un **neuroleptique sédatif** pour parer aux troubles du sommeil et aux perturbations comportementales diurnes.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.16.1.1 Sevrage de la dépendance aux barbituriques

Idéalement, le sevrage s'effectue **en milieu hospitalier** vu le risque important de crises comitiales, pouvant entraîner un état de mal, et la fréquence des complications psychiatriques parfois sévères (état confusionnel, délire hallucinatoire).

Un premier schéma prend pour règle de ne pas interrompre brusquement l'intoxication. La ou les mêmes substances toxicomanogènes sont conservées et consommées de préférence sous forme d'une préparation magistrale dont la posologie s'adapte à une **diminution progressive** à raison de **10 % par semaine**.

Une deuxième possibilité consiste à instaurer un traitement de **substitution par le phénobarbital** (Gardenal[®]), de longue durée d'action et n'induisant pas de dépendance comme les autres barbituriques ; la dose de phénobarbital (100 à 300 mg par jour) tend à atteindre le seuil minimal utile. Après quelques jours de stabilisation, elle est progressivement réduite et poursuivie durant une période prolongée.

Le clonazépam (**Rivotril**[®]) sert également de produit de **substitution**, parfois en association avec le phénobarbital, afin d'éviter un dosage trop élevé de ce dernier. Il permet d'assurer un sevrage étalé sur deux à trois mois. Il est doté d'une longue durée d'action. Sa posologie initiale est comprise entre 3 x 2 mg et 3 x 0,5 mg par jour selon la gravité du cas, puis réduite de 25 % par quinzaine.

L'emploi d'un **antiépileptique** s'avère indispensable. Le **Rivotril**[®] exerce aussi cette activité. Fréquemment, il lui est ajouté de la carbamazépine (**Tegretol**[®]) à raison de 3 à 4 fois 200 mg par jour durant quatre jours, puis en quantité réduite progressivement, en deux ou trois prises quotidiennes.

Il est classique d'utiliser un **neuroleptique sédatif** telle la lévomépromazine (**Nozinan**[®]) ou la promazine (**Prazine**[®]). Leur effet est potentialisé suivant les besoins par l'alimémazine (**Théralène**[®]). Leur utilisation, surtout indiquée le soir pour corriger les troubles du sommeil, trouve aussi justification durant la journée pour juguler l'**agitation**, l'**anxiété** ou le **négativisme**. Une butyrophénone comme la pipampérone (**Dipipéron**[®]) compense aussi valablement l'**irritabilité** diurne.

2.16.1.2 Sevrage de la dépendance aux benzodiazépines

La désintoxication physique de la dépendance aux benzodiazépines ne nécessite pas toujours l'hospitalisation ; le sevrage de la benzodiazépine est possible en ambulatoire moyennant un encadrement et un **suivi régulier**, par exemple bi-hebdomadaire puis hebdomadaire. Les principes sont superposables à ceux du sevrage des barbituriques.

On a vu que le risque d'**épilepsie** de sevrage est courant lors d'un **arrêt brutal** des benzodiazépines : on recommandera donc plutôt une **diminution progressive** des benzodiazépines lors du sevrage (à raison de 10 à 20 % *par semaine*), et/ou la substitution par une **benzodiazépine à demi-vie longue** et à effet **anticonvulsivant** comme le diazépam (Valium[®]) ou le clonazépam (Rivotril[®]). (*Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.130*)

- Une première méthode de sevrage des benzodiazépines consiste à conserver le produit lui-même en tentant de ramener les différentes prises à une **administration unique le soir**, puis en procédant à une **diminution progressive** de la quantité ingérée sous la surveillance de l'entourage. Par exemple, quatre comprimés de flunitrazépam (Rohypnol[®]) répartis d'habitude sur la journée seront consommés en une fois au coucher, puis réduits graduellement. La règle consiste à *restreindre la dose chaque semaine de **pas plus d'un quart** de son montant précédent*, pour aboutir à l'abstinence après deux à trois mois.
- Une seconde technique propose de remplacer la médication toxique par un médicament de **substitution** possédant une **longue durée d'action**. Le diazépam (Valium[®]) et le clonazépam (Rivotril[®]), anxiolytiques et anti-épileptiques de la classe des benzodiazépines, présentant une bonne tolérance croisée, répondent à cet objectif.

À titre indicatif, voici un tableau d'**équivalences** lors d'une substitution :

DIAZÉPAM 5 mg (Valium[®]) = CLONAZÉPAM 0,5 mg (Rivotril[®])

= alprazolam	0,5 – 1 mg	(Xanax [®])
= bromazépan	3 – 6 mg	(Lexotan [®])
= clobazam	10 mg	(Frisium [®])
= clorazépate	5 mg	(Tranxène [®])
= flunitrazépan	1 – 2 mg	(Rohypnol [®])
= flurazépan	13,5 – 27 mg	(Staurodorm [®])
= lorazépan	0,5 – 1 mg	(Temesta [®])
= nitrazépan	5 – 10 mg	(Mogadon [®])
= oxazépan	15 – 30 mg	(Seresta [®])
= témazépan	10 – 20 mg	(Levanxol [®])
= triazolam	0,25 mg	(Halcion [®])

(*Répertoire commenté des médicaments, 1998, p.130*)

• L'utilisation d'un **antiépileptique** est indiquée dans les premiers temps. Au Valium[®] ou au Rivotril[®] (qui sont déjà des anticonvulsivants) est souvent associée la carbamazépine (**Tegretol[®]**) en fonction de l'état clinique ou sur base anamnestique.

Des **neuroleptiques sédatifs** sont proposés à faible dosage pour traiter l'**insomnie** et l'**agitation psychomotrice**.

Certains psychiatres proposent des **anxiolytiques** n'entraînant guère de dépendance et de tolérance, comme la buspirone (**Buspar[®]**) du groupe des azaspirones, dont l'effet se manifeste *lentement* par rapport aux benzodiazépines et provoque moins de sédation. Mais l'expérience du Buspar[®] en sevrage des benzodiazépines n'apparaît pas convaincante...

Références

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, - *Répertoire commenté des médicaments 1998*, Heymans Instituut, Gand, Belgique, 1998.

2.16.1.3 Sevrage de l'alcoolisme

Arrêter de boire représente la première étape, simple à accomplir sur le plan technique, mais souvent difficile, nécessitant l'attention et le soutien de l'entourage.

Pour assurer le succès de la démarche thérapeutique, le sujet doit **admettre son alcoolodépendance**. S'il s'accepte comme tel, le désir de sevrage se révélera authentique.

L'**hospitalisation** est fréquemment souhaitable au vu du danger représenté par certains syndromes de sevrage. L'interruption totale de l'ingestion de boissons alcoolisées en milieu hospitalier est aussi plus effective sous surveillance rigoureuse.

Un traitement adapté évite les inconvénients liés à l'abstinence. Les principes sont similaires à ceux qui président à la désintoxication aux médicaments, tels les benzodiazépines et les barbituriques.

Il est intéressant ici aussi d'introduire une substance de **substitution** tel le clonazépam (**Rivotril**[®]) de longue durée d'action. Le Rivotril[®] est utile dans trois indications : substitution, anxiolytique et anti-épileptique. Le diazépam (**Valium**[®]), préféré classiquement par certains, remplit certainement très bien les fonctions d'anxiolytique et d'anti-épileptique ; par contre, il nous semble moins indiqué comme substance de substitution, vu sa plus courte durée d'action et la possibilité d'une toxicomanie iatrogène au Valium[®].

Vu l'existence d'une tolérance croisée Rivotril[®] - éthanol moins complète qu'avec les médicaments toxicomanogènes précités, l'addition systématique de carbamazépine (**Tegretol**[®]) est ici conseillée. Outre son action **antiépileptique**, le Tegretol[®] exerce un effet **régulateur de l'humeur** loin d'être dédaignable.

Des médications sédatives et anxiolytiques, à doses ajustées en fonction de l'état clinique, s'y superposent.

Les **neuroleptiques** sont indiqués dans les phases aiguës du sevrage d'alcool, au cours d'épisodes d'agitation ou de confusion, ainsi que dans certaines perturbations graves de la personnalité d'ordre psychotique. Le tiapride (**Tiapridal**[®]) est un grand classique, dont la posologie se chiffre entre 400 et 800 mg par jour dans le sevrage d'éthylisme aigu, pour régresser entre 100 et 300 mg en prise quotidienne prolongée.

Le tiapride est souvent associé à une benzodiazépine (Valium[®] ou Rivotril[®]), pour ses propriétés antiépileptique et anxiolytique, par certains thérapeutes.

Certains centres axent le sevrage sur l'emploi de piracétam (**Nootropil**[®]) à forte dose. Douze grammes par jour pendant cinq jours permettraient de raccourcir la cure, en poursuivant par une prise journalière de 2,4 g comme dose d'entretien.

Le comportement alcoolique cache parfois un **état dépressif** méritant traitement. La dépression apparaît éventuellement à la suite du sevrage. Le risque suicidaire impose détection. La fréquence de l'**agitation psychomotrice** et l'existence d'une **composante anxieuse** orientent le choix des antidépresseurs en accordant la préférence aux **substances sédatives** telles la clomipramine (Anafranil[®]), l'amitriptyline (Redomex[®] , Tryptizol[®]), la trazodone (Trazolan[®]), la doxépine (Sinéquan[®] , Quitaxon[®]). Les trois derniers médicaments cités se sont montrés efficaces en une seule prise, avant le coucher, en raison de leur longue demi-vie. De la sorte, ils corrigent également les troubles du sommeil.

L'administration quotidienne d'un comprimé de disulfiram (**Antabuse**[®]) durant plusieurs mois s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique plus globale. Les implants d'Antabuse[®] possèdent un effet moindre, leur durée d'action étant de six à huit mois. Le disulfiram agit par inhibition de l'acétaldéhyde - déshydrogénase, provoquant l'accumulation d'acétaldéhyde non catabolisée en acétate lors de l'absorption d'éthanol.

L'administration d'inhibiteurs du recaptage de la sérotonine comme certains antidépresseurs dont la fluoxétine (**Prozac**[®]), produirait à court terme une diminution de la consommation d'alcool.

L'acamprosate (**Campral**[®]) récemment introduit, semble prometteur dans la *première année* du traitement de l'alcoolique sevré : plusieurs études confirment qu'il diminue réellement le besoin psychologique de boire (ou “ *craving* ” des anglo-saxons).

Références

ROUSSEAU J.P., DERELY M., - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

2.16.1.4 Sevrage de la dépendance aux psychostimulants

Les toxicomanies aux psychostimulants sont généralement dépourvues de dépendance physique majeure, l'asservissement apparaissant essentiellement **psychologique**.

L'existence de signes de sevrage mineurs comme l'augmentation de l'appétit, la boulimie ou l'accroissement de la durée du sommeil ne justifie habituellement pas de prescription médicamenteuse.

L'abstinence se traduit éventuellement par la survenue d'une **fatigue** intense, d'un **syndrome dépressif** où la composante anxieuse est plus ou moins marquée, ou même par un **état mélancolique**.

Un **neuroleptique sédatif** apaise l'angoisse. La persistance d'une dépression fait instaurer une thérapeutique appropriée. Les anxiolytiques suffisent souvent. Selon le besoin, il convient de post-poser l'emploi des antidépresseurs parfois responsables d'une majoration anxieuse ou de l'apparition d'un délire.

L'accompagnement psychologique demeure fondamental aux fins de rassurer.

a. le sevrage des amphétamines et de leurs dérivés

L'arrêt engendre quelquefois une **dépression** profonde, ou encore des troubles psychiatriques plus sérieux.

Lorsque l'**apathie** domine, le patient bénéficie d'un **antidépresseur stimulant** (comme la désipramine = **Pertofran**®, la nortriptyline = **Nortrilen**®, la protriptyline), en se méfiant des effets indésirables cardiovasculaires de ces tricycliques, susceptibles de se superposer aux complications de même ordre de l'usage des drogues. Selon notre expérience, un antidépresseur de la 3^e génération, comme la sertraline (**Serlain**®) est aussi efficace dans cette indication et accompagné de moins d'effets secondaires.

Les **réactions paranoïdes** peuvent être combattues par les **neuroleptiques**.

Dans certains cas *assez rares*, une **substitution** par le méthylphénidate (**Rilatine**®), stimulant central de longue durée d'action, est proposée.

b. le sevrage de la cocaïne

Sympathicomimétique, la cocaïne provoquerait en outre une élévation de la libération de **dopamine** à proximité de ses récepteurs centraux, notamment dans le **noyau accumbens**, ce qui induirait une envie intense de drogue et une diminution du nombre de récepteurs (*down-regulation*). L'usage chronique du toxique épuise le système dopaminergique par catabolisme extraneuronal.

Il est à noter que d'autres produits qui induisent une dépendance chez l'homme entraînent aussi la libération de dopamine dans le *noyau accumbens* : héroïne, alcool, nicotine. La dopamine y serait un neurotransmetteur véhiculant les messages « liés au plaisir » sous plusieurs de ses formes : drogue, alimentation, sexe...

Un traitement proposé par certains lors d'un syndrome d'abstinence consécutif de la cocaïne fait intervenir la bromocryptine (**Parlodel**[®]) et/ou la désipramine (**Pertofran**[®]).

La bromocryptine, agoniste de la dopamine, rétablit l'équilibre du neurotransmetteur et apaise certains symptômes de manque. De manipulation malaisée, son usage est réservé de préférence au milieu hospitalier.

La **désipramine**, thymoanaleptique, contrebalance la *down-regulation*, tout en diminuant le besoin de drogue et traitant la dépression. Cet antidépresseur convient pour les soins ambulatoires.

Actualité : la recherche sur la molécule BP 897

Cette molécule agit sur le **récepteur D3** de la dopamine, récepteur probablement spécifique de la dépendance. En 1999, cette molécule n'a encore été testée avec succès que sur des rats "cocaïnomanes".. L'expérience a consisté à rendre des rats « accros à la coke » et à les conditionner : d'abord ils ont appris à s'auto-administrer de la cocaïne en appuyant sur un levier ; dans un deuxième temps, en plus de la drogue, la pression sur le levier déclenchait un signal lumineux. Enfin, alors que la source de drogue a été coupée, à la vue de la lumière, les rats ont continué à appuyer sur le levier, démontrant un phénomène déjà établi il y a longtemps, selon lequel **la simple vue du matériel utilisé** par les toxicomanes, comme une seringue, génère une **envie irrésistible** et précipite la rechute des drogués repentis. Les tests menés en laboratoire, à l'Université de Cambridge, ont permis de constater que la prise à faible dose de BP 897 par ces rats rendus "accros" avait nettement réduit leur **recherche compulsive** de cocaïne, de même qu'affaibli leur besoin. Pierre SOKOLOFF, directeur du laboratoire de neurobiologie à l'INSERM (France), précise que la molécule BP 897 *ne se substitue pas* à la cocaïne et

que les rats ne cherchent pas à s'administrer le BP 897 lorsqu'on leur en donne la possibilité... (SOKOLOFF P. in *La Libre Belgique*, 24 juillet 1999, p.7)

2.16.1.5 Sevrage de la dépendance à l'héroïne

En matière de pharmacothérapie, il est impérieux de signaler que le sevrage physique des dépendances aux opiacés est *possible sans produit* de substitution.

Bien plus, il n'est pas inutile d'attirer l'attention sur le fait qu'un sevrage peut être réalisé dans certains cas grâce à l'**encadrement psychologique** et sans apport médicamenteux. Cette situation se conçoit lorsque le patient dispose d'une **motivation exceptionnelle** et qu'une **équipe dévouée** et consciencieuse assure la prise en charge.

Lors de la répétition des sevrages, toute technique médicamenteuse dont l'application initiale réussit à court terme, n'aboutit pas toujours au même résultat en cas de réitération.

Le **traitement médicamenteux** regroupe des méthodes de suppression immédiate des opiacés et d'autres de réduction progressive des doses fondées sur l'emploi de diverses substances de substitution.

■ Méthodes de *suppression* immédiate des opiacés

- **Le sevrage bloc**

Références

ROUSSEAU J.P., DERELY M., - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

- **La suppression des opiacés avec correction symptomatique**

L'attitude adoptée vise la suppression du syndrome d'abstinence en traitant chaque symptôme.

Les **douleurs** sont soignées par des **antalgiques non morphiniques** tels le paracétamol (Dafalgan[®], Panadol[®], etc.), les salicylés, le métamizole (Novalgine[®]) dérivé de la pyrazolone, les **anti-inflammatoires** non stéroïdiens disposant de propriétés

analgésiques, ou par des **spasmolytiques** comme le bromure de butylhyoscine (Buscopan[®]) ou l'iodure de tiémonium (Viscéralgine[®]).

L'**anxiété** justifie les anxiolytiques, soit des **benzodiazépines** comme le diazépam (Valium[®] , 30 à 60 mg par jour) ou des **neuroleptiques sédatifs** à doses faibles telle la lévomépromazine (Nozinan[®] , 50 à 100 mg par jour).

L'**agitation** diurne est combattue par des **neuroleptiques sédatifs** : la lévomépromazine (Nozinan[®]), la chlorpromazine (Largactil[®] , 300 mg par jour), la promazine (Prazine[®]), éventuellement potentialisés par l'alimémazine (**Theralene[®]**); les mêmes substances peuvent aider à corriger l'**insomnie**, ainsi que des hypnotiques non barbituriques. Le prothipendyl (**Dominal[®]**) trouve lui aussi usage dans les états de tension et d'excitation.

Le **sevrage immédiat** de l'opiacé avec corrections symptomatiques, décrit ci-dessus, est possible moyennant un **encadrement** solide du patient, à notre avis seulement réalisé dans *certaines* hôpitaux et dans *certaines* centres de cure fermés. Nous restons convaincus qu'un tel sevrage en ambulatoire est utopique.

- **Les agonistes alpha-2 – adrénergiques : la clonidine**

La clonidine (**Catapressan[®]**) est l'agoniste alpha-2 - adrénergique le plus utilisé, généralement en milieu clinique sous surveillance stricte. La clonidine agit en diminuant l'hyperactivité noradrénergique développée durant la toxicomanie essentiellement dans le **locus coeruleus** responsable du syndrome d'**abstinence**, par stimulation des récepteurs alpha-2 présynaptiques. La clonidine atténue rapidement les **symptômes de sevrage des opiacés**, ce qui facilite un arrêt brutal.

La clonidine *n'agit pas par substitution* : elle ne stimule pas les récepteurs aux opiacés (cibles des endorphines et des enképhalines ainsi que des morphiniques exogènes) en forte densité au niveau du liquide céphalo-rachidien (L.C.), ce qui permet la reconstitution progressive du pool endorphinique et la normalisation de la fonction.

Un protocole assez classique comporte l'administration d'un demi-comprimé de Catapressan[®] (150 µg par comprimé) toutes les deux à trois heures en fonction de la pression artérielle, dont la systolique est maintenue au-dessus de 90 mm Hg, et en fonction des symptômes objectifs de manque. Dès le quatrième jour, les prises sont espacées et la posologie progressivement diminuée. La cure s'étale entre sept et quatorze jours.

Certains thérapeutes reconnaissent l'intérêt d'une dose d'entretien de 1/2 comprimé une ou deux fois par jour pendant plusieurs semaines ou mois. Cette attitude est justifiée par l'**effet psychotrope** de la molécule permettant de prévenir l'installation d'une symptomatologie déficitaire, cause fréquente de rechutes.

Effets secondaires

- sécheresse buccale et sédation éventuelles
- hypotension, vertiges, lipothymies
- bradycardie
- constipation occasionnelle.

Un traitement symptomatique complémentaire peut s'avérer nécessaire pour supprimer les plaintes insuffisamment contrôlées (analgésiques, anxiolytiques, hypnotiques).

Les résultats à court terme rapportés sont considérés comme bons. Les différences observées dépendent de l'**encadrement** disponible des centres de cure. Comme la clonidine ne favorise pas des sensations comparables à celles induites par l'héroïne, un pourcentage non négligeable de patients souhaitent interrompre le traitement en cours.

• **Le sevrage ultra-rapide des toxicomanes aux opiacés sous anesthésie**

Cette technique de sevrage sous anesthésie comprend lors d'une hospitalisation de 3 jours : prémédication, anesthésie intraveineuse par **midazolam** (Dormicum[®]) et **propofol** (Diprivan[®]) pendant 6 à 8 heures ; pendant cette anesthésie, on induit le sevrage par injection intraveineuse de 2 mg de **naloxone** (Narcan[®]) en 30 minutes, avant que 200 mg de **naltrexone** (Nalorex[®]) soient progressivement administrés par sonde naso-gastrique ; les effets secondaires neurovégétatifs sont prévenus par la perfusion continue de **clonidine** (Catapressan[®]) à haute dose ; surveillance en salle de réveil pendant 12 heures puis en service de psychiatrie durant 48 heures ; la naltrexone (Nalorex[®]) y est administrée à raison de 50 mg par jour ainsi que pendant les 6 mois suivant ce protocole de sevrage.

La naltrexone (Nalorex[®]) est un **antagoniste** puissant et sélectif **des récepteurs opiacés μ** ; elle permet d'induire un sevrage total et rapide et de prévenir en partie par la suite la survenue d'une rechute par blocage total de ces récepteurs. Ceci permet de **réduire l'envie impérieuse de reconsommer** le produit opiacé (*craving*).

Une étude liégeoise réalisée entre 1999 et 2001 a évalué 18 patients "motivés" traités selon ce protocole : on y note un **taux d'abstinence** de 67 % à 6 mois, et de **46 % à un an**. L'étude souligne aussi l'importance du **soutien psycho-social** avant, pendant et après le traitement par naltrexone. (PINTO, 2001)

Références

PINTO E., REGGERS J. et al. – *Le sevrage ultra-rapide des toxicomanes aux opiacés sous anesthésie générale : résultats préliminaires*

du protocole liégeois. , in Revue Médicale de Liège, vol. 56, n° 8, p. 572, Liège, Belgique, août 2001.

ROUSSEAU J.P., DERELY M., - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

■ Méthodes de *réduction* des opiacés par analgésiques de synthèse

Certains analgésiques sont disponibles comme produits de substitution pour tenter une action rapide et aider le sevrage.

• **Valtran**[®] (naloxone + tilidine)

Libère de la **naloxone**, antagoniste pur de la morphine d'une durée d'action de l'ordre de 6 heures.

Posologie : 3 à 4 fois 30 à 40 gouttes par jour au départ puis régression.

Bonne sécurité. Pas de possibilité d'injection.

Risque de toxicomanie : faible.

• Dextropropoxyphène (**Depronal**[®])

Schéma possible : 4 comprimés par jour pendant la 1^{ère} semaine, puis 3 comprimés par jour durant la 2^{ème} semaine, puis 2 comprimés par jour.

Risque de dépendance.

Risque de surdosage (effets *atropiniques*) ; en ambulatoire, délivrance préférable par petites quantités par le pharmacien.

Ne peut être injecté.

• **Codéine**

Opiacé plus faible. Semi-substitution.

Engendre des toxicomanies. Peu indiquée.

• Pentazocine (**Fortal**[®])

Antagoniste partiel de la morphine.

Peut être prescrite en ambulatoire à raison de 1 comprimé à 50 mg toutes les 3 ou 4 heures au départ, puis à doses dégressives sur une semaine.

Toxicomanie possible.

• Bézitramide (Burgodin[®])

Stupéfiant désormais indisponible en Belgique, il nécessitait une **grande prudence** dans son utilisation. Son emploi s'est révélé en effet moins aisé et moins sûr que celui de la *méthadone*, car d'action plus brève.

En 3 ou 4 prises quotidiennes, il a permis *certaines* sevrages en 20 à 30 jours.

Mais si l'intéressé prenait les 3 comprimés en une prise, il ressentait indéniablement un « effet *flash* » qu'il cherchait éventuellement à renouveler...

- Des antalgiques à action périphérique, **paracétamol**, acétylsalicylate de lysine (**Aspegic**®)... peuvent parfois être **associés** aux antalgiques centraux (opiacés).

• Le sevrage des héroïnomanes par méthadone

Le **sevrage** à la méthadone est un traitement avec une **posologie dégressive** en un temps limité, dont la durée déterminée est en général inférieure à six mois et fréquemment comprise *entre six semaines et trois mois*. Un traitement dégressif en moins d'un mois – bien que réclamé par certains toxicomanes (adeptes du « *tout, tout de suite* ») – est pratiquement toujours voué à l'échec dans notre expérience : le sevrage de l'héroïnomanie par méthadone est théoriquement réalisable en deux à trois semaines, mais, en fin de cure, il débouche alors sur un syndrome de manque.

Aussi, préfère-t-on un sevrage progressif étalé sur une période plus longue de **deux mois**, plus confortable physiquement et psychologiquement. Cet "allongement" de la cure ne présente pas forcément une allure négative car il autorise une décantation de la situation et permet de **prendre le temps d'analyser les différents problèmes** psychologiques, sociaux, affectifs, relationnels. Il accroît en outre les contacts du thérapeute avec l'intéressé.

De brèves interruptions volontaires ou des rechutes allongent assez fréquemment la durée du sevrage jusqu'à six mois.

Définie comme *sevrage à court terme* en dessous de deux mois, *sevrage à moyen terme* entre deux et six mois, la prise de méthadone pendant *plus de six mois* devient et doit être considérée comme une *substitution* au long cours.

Pourquoi la méthadone ?

La méthadone est un opiacé de synthèse de **longue durée d'action** permettant d'atteindre des taux stables avec **une seule prise quotidienne**. Du point de vue pharmacocinétique, elle agit dès ¼ h après l'ingestion, avec un effet maximal après 1 h 30 et supérieur à 24 heures.

La méthadone présente des **propriétés antalgiques** élevées et plusieurs caractéristiques des analgésiques morphiniques.

Ce morphinomimétique majeur entraîne une **dépendance physique et psychologique**, mais qui semble moindre que celle de l'héroïne. De même, la méthadone développe une toxicité à long terme plus faible.

La méthadone **estompe le syndrome de manque et le besoin impérieux d'héroïne** (*craving*) mais procure peu les sensations des opiacés ; notamment, il n'y a **pas d'effet**

de flash sous méthadone *par voie orale* (ce que *regrettent* certains drogués qui croyaient avoir trouvé là un nouveau filon d'approvisionnement d'opiacé !).

De plus, elle se prête bien à l'administration sous une forme non injectable (**sirop** en particulier).

Afin d'éviter les risques de trafic ou de mauvaise observance du traitement, la Commission Médicale Provinciale de Liège recommande avec raison la **délivrance quotidienne** du produit, en ambulatoire, dans une pharmacie (ou dans un dispensaire spécialisé, comme la maison d'accueil socio-sanitaire START) et son absorption sur place (devant un témoin autorisé : pharmacien, infirmier, médecin, etc.). Pour le dimanche, une dose en flacon est délivrée au patient le samedi.

Modalités d'utilisation

La **dose initiale** est comprise **entre 25 et 50 mg** selon l'importance de la consommation et selon le poids du sujet, le plus habituellement de 40 à 45 mg. Cette dose initiale doit permettre au bout de deux jours la *disparition complète des signes de manque physique* et une *diminution notable du manque psychologique* (sentiment obsédant du besoin de la drogue).

La détermination de la dose correcte de départ nécessite parfois un **tâtonnement** durant quelques jours et se base, outre les dires du patient, sur la constatation de signes somatiques objectifs soit de **dosages trop élevés** (pupilles rétrécies, atonie des muscles du visage, légère baisse de la vigilance), soit de **manque** (pâleur, tachycardie, bâillements, chair de poule, écoulement nasal).

Une fois la **dose optimale** établie (ce qui nécessite souvent de rencontrer le sujet deux à trois fois durant la première semaine), le toxicomane est maintenu durant une semaine à cette dose, puis on peut **diminuer de 5 mg une fois par semaine** et, en dessous de 30 mg, de 2,5 mg tous les quatre jours, puis en dessous de 10 mg (ou de 20 mg chez les sujets sensibles) de 2 mg tous les cinq jours. Ce schéma est purement indicatif et modulable en fonction de l'évolution.

En dessous de 30 mg, il est plutôt préférable de diminuer progressivement la concentration du sirop que sa quantité. D'une part, la diminution visible des quantités de sirop peut se révéler anxiogène chez certains patients, alors que la diminution de concentration ne se ressent guère si elle est réalisée suffisamment lentement. D'autre part, cette attitude permet d'éviter de déboucher en fin de traitement sur des volumes minuscules de sirop, ce qui augmente l'imprécision de la quantité réellement absorbée.

Outre la symptomatologie physique à maîtriser, il importe de “travailler” **le désir du produit** vers lequel convergent des *tentations actives* : besoin du toxique, besoin d’un produit quel qu’il soit (“toxicophilie”), recherche de plaisir ou d’euphorie, souhait d’automédication de la souffrance ou de la dépression, etc. ; penser aussi *aux tentations passives* : résider dans le même quartier, rencontrer les *dealers* connus.

Exemple de prescription

Pour une dose de 40 mg par jour, la prescription pour une semaine est rédigée comme suit :

| R/ Méthadone HCl deux cent quatre-vingts milligrammes
| Sirop de framboise)
| > ĀĀ pour faire cent quarante millilitres
| Eau distillée)
|
| D.T. vingt millilitres par jour (= quarante milligrammes de méthadone p. j.),
| à délivrer quotidiennement et à consommer sur place à l’officine
| (sauf dimanche), du ... au ...

Il est conseillé de rappeler ces consignes de délivrance sur chaque prescription afin d’éviter des problèmes (par exemple en cas de remplacement du pharmacien). Il s’avère très utile de **contacter le pharmacien** au début et à l’arrêt du traitement, surtout si ce collaborateur est peu habitué à ce genre de thérapeutique.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l’héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

ROUSSEAU J.P., **DERELY M.**, - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

- **Le sevrage des héroïnomanes par buprénorphine**

La buprénorphine est un opioïde semi-synthétique, dérivé de la *thébaïne*, qui présente certaines particularités – dont certaines sont intéressantes – dans le sevrage ou le traitement des héroïnomanes. Les comprimés de buprénorphine disponibles sont : **Temgesic**® 0,2 mg (en Belgique), **Subutex**® 0,4 mg ou 2 mg ou 8 mg (en Belgique et en France).

Avantages de la buprénorphine

- agoniste + antagoniste ; en tant qu'**agoniste morphinomimétique partiel**, elle autorise une reprise de la sécrétion d'endorphines naturelles, permettant d'**écourter le sevrage** par rapport aux agonistes purs : le sevrage physique peut s'effectuer assez rapidement en ambulatoire (en deux à six semaines), par exemple en diminuant le Temgesic® d'un comprimé par jour tous les deux ou trois jours
- **faibles** risques de **surdosage** et de **dépendance** physique : la buprénorphine possède des propriétés de type morphinique mais a également des propriétés **antagonistes**. De ce fait la courbe effet / dose n'est pas linéaire ; elle aboutit à un plateau voire à une inversion de l'effet, car *aux doses élevées, l'effet antagoniste neutralise l'effet agoniste*. Cette particularité diminue le risque d'*overdose* ainsi que le risque de dépendance physique.

La buprénorphine permet donc des sevrages de durée assez courte avec une bonne sécurité pour autant que certaines précautions soient respectées.

Inconvénients de la buprénorphine

- elle constitue une thérapeutique assez lourde au départ, nécessitant une posologie élevée : on peut débuter avec **12 à 20 comprimés** de **Temgesic**® par jour ou **4 mg** de **Subutex**® (2 comprimés à 2 mg) par jour (ces quantités prescrites pour un sevrage sont bien sûr nettement supérieures aux doses thérapeutiques analgésiques habituelles) ; le Subutex®, pas encore remboursé en Belgique y est actuellement plus cher que la méthadone pour le patient
- les comprimés de Temgesic® doivent être répartis en **quatre prises** par jour, au vu de sa **faible durée d'action** (**6 à 8 heures**), ce qui rend la surveillance du traitement plus difficile que celle de la méthadone

- la buprénorphine existe sous une forme injectable, **dangereuse en injection**.
Sous forme de comprimés à action sublinguale, la buprénorphine **peut** aussi **être** diluée et **injectée** en I.V. par certains toxicomanes : selon certaines enquêtes, cela tenterait un toxicomane sur 4 en France... L'injection I.V. de buprénorphine leur procure un effet plus intense mais plus bref, sans aucun intérêt pour un sevrage ; pour ces patients dont on peut craindre une utilisation par voie intraveineuse, il faudrait donc idéalement prescrire la buprénorphine sous une forme magistrale la rendant non injectable, par exemple **sous forme de gomme** à mâcher :

| R/ Kaolin 200 mg
 | Poudre de cacao 100 mg
 | Glucose 150 mg
 | Gomme arabique 20 mg
 | Temgesic "x" comprimés réduits en poudre (x = 1 à 4)
 | pour faire une pilule (gomme)
 | D.T. 16 pilules
 | S/ mâcher lentement 1 gomme 4 x p. j.

(LAFONTAINE, 1995, p.36)

- la buprénorphine est aussi **moins puissante** que d'autres opioïdes tels que la méthadone ; le Temgesic[®] ou le Subutex[®] peuvent ainsi s'avérer insuffisants pour des patients ayant une longue dépendance (plus de deux ans) ou une consommation d'opiacés élevée.

Indications de la buprénorphine

La buprénorphine (Temgesic[®] ou Subutex[®]) se prête bien à des sevrages pour des sujets ayant une **dépendance aux opiacés de durée courte** (inférieure à deux ans) et présentant une **consommation faible** ou modérée d'opiacés (inférieure ou égale à 1 g par jour) ; il faut cependant se rappeler que les quantités réellement consommées quotidiennement par le toxicomane sont souvent inférieures aux quantités qu'il dit consommer.

Modalités d'utilisation

La dose de départ peut aller de 12 comprimés de Temgesic[®] (à 0,2 mg) par jour (répartis en 4 prises) à 20 comprimés de Temgesic[®] par jour (4 x 5 comprimés par jour). Les comprimés de Subutex[®] sont plus pratiques : par exemple 2 x 1 comprimé de

Subutex[®] 2 mg par jour en début de traitement. Il faut rappeler au patient qu'il doit mettre le comprimé **sous la langue** et le laisser se dissoudre sans le mâcher ni l'avalier, sinon l'efficacité est réduite de moitié.

La dose de départ peut être maintenue environ 3 jours puis être progressivement diminuée de 1 comprimé de Temgesic[®] 0,2 mg tous les deux jours dans les cas légers à 1 comprimé tous les 4 jours pour les cas plus fragiles.

Il peut être parfois intéressant de **faire un palier** de quelques jours voire 1 à 2 semaines à 3 ou 4 comprimés de Temgesic[®] 0,2 mg par jour puis diminuer ensuite d'un comprimé par semaine.

Dans certains cas le **maintien d'une petite dose** de Temgesic[®], 2 à 4 comprimés par jour pendant des périodes un peu plus longues (quelques mois) peut être envisagée pour limiter le risque de rechute.

Précautions à prendre

Comme beaucoup de médicaments la buprénorphine est susceptible d'être mal utilisée ; sauf pour des cas particulièrement légers ou en fin de traitement, il est préférable soit de faire délivrer la **dose quotidienne** à la **pharmacie**, soit de confier la boîte de médicaments et les prescriptions à un membre de l'entourage du patient qui soit fiable et susceptible de résister à d'éventuelles pressions du patient pour augmenter ou changer le traitement.

Comme pour les autres formes de traitement des toxicomanes, l'avis **d'une équipe pluridisciplinaire** est souvent souhaitable et même nécessaire lorsque le traitement ne se déroule pas suivant le plan prévu et que des difficultés surviennent.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

FIGIEL Christian, neuropsychiatre, **A.L.F.A.** ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies, rue Saint-Denis 4, B-4000 Liège, 1994.

LAFONTAINE J.-B. et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995, 46 p.

2.16.2 Après le sevrage

2.16.2.0 Généralités

Si le sevrage constitue une étape relativement facile à gérer sur le plan technique, un trajet souvent long et pénible attend de nombreux toxicomanes lors du **réapprentissage d'une vie sans drogue**. Ce chemin de transition mène idéalement vers une existence dépourvue de dépendance. Le parcours justifie un accompagnement authentique.

Le **projet du suivi** est élaboré en fonction de la nature de l'addiction, du degré de dépendance, de la durée de l'assuétude, des possibilités de réinsertion sociale et professionnelle, de l'environnement, en fait de tous les paramètres de la toxicomanie. L'apport diversement conjugué de la pharmacothérapie, de la psychothérapie et de la sociothérapie aide à sa réalisation.

2.16.2.1 Le syndrome déficitaire

Une fois le sevrage accompli, s'installe un état complexe où se retrouvent divers symptômes de type déficitaire, d'intensité variable. Le « syndrome déficitaire » évoqué porte sur

- **le plan affectif et thymique** : dépression, anxiété, diverses manifestations névrotiques, indifférence affective, diminution de la libido
- **l'activité physique** : asthénie, aboulie, clinophilie
- **le rendement intellectuel** : lenteur de l'idéation, troubles mnésiques.

Le constat vaut pour les diverses toxicomanies, mais la symptomatologie déficitaire apparaît davantage comme conséquence habituelle des assuétudes aux fortes doses d'**opiacés**, aux fortes doses de **barbituriques**, aux **amphétamines**, à la **cocaïne**, aux **hallucinogènes**, ainsi que dans les **poly-intoxications**.

En outre, les problèmes comportementaux, les failles de la personnalité et les troubles psychopathologiques initiaux et antérieurs resurgissent.

Le traitement médicamenteux fait appel aux **antidépresseurs**, aux **neuroleptiques**, aux **anxiolytiques** appropriés selon besoin.

2.16.2.2 L'héroïnomane en post-sevrage

Fréquemment **marginalisé** au cours d'une pratique onéreuse, l'héroïnomane subit les contraintes d'un contexte social et judiciaire parfois lourd et plutôt pénible. Les difficultés le harcèlent aux niveaux matériel, pénal, familial, professionnel, d'emploi du temps même en ce qui concerne les loisirs. La **solitude** le guette, empreinte d'une communication laborieuse et d'un contact limité avec l'entourage non dépendant.

La phase de post-sevrage se caractérise inévitablement par un risque élevé de rechute ou de changement de type de toxicomanie.

2.16.2.3 Pharmacothérapie de quelques situations du post-sevrage

- L'apparition (fréquente) d'une **dépression** peut faire recourir à l'usage d'antidépresseurs du genre

fluoxétine (**Prozac**®), sertraline (**Serlain**®), citalopram (**Cipramil**®)...
viloxazine (**Vivalan**®)
trazodone (**Trazolan**®)

qui montrent peu de danger de surdosage et les plus faibles risques notamment cardiovasculaires. Les molécules **tricycliques** plus anciennes seront réservées de préférence aux défaillances thymiques accompagnées d'attaques de **panique**.

- L'émergence de **troubles psychotiques** sollicite les neuroleptiques comme les

pimozide (**Orap**®) à faible dosage (intéressant par le fait d'une prise quotidienne unique et le peu d'effets secondaires)
pipampérone (**Dipiperon**®) en cas d'irritabilité et d'agressivité
brompéridol (**Impromen**®) dans les cas plus sévères que représentent les psychoses schizophréniques
halopéridol (**Haldol**®) dans les troubles confusionnels ou les délires paranoïdes surtout avec agitation...

- Les **insomnies** peuvent trouver remède dans l'usage de **neuroleptiques sédatifs** servant d'inducteurs ou d'hypnotiques non barbituriques telles les **benzodiazépines** lormétazépam (**Loramet**®), loprazolam (**Dormonoc**®), brotizolam (**Lendormin**®)... lorsque l'**anxiété** favorise l'insomnie. Les produits des deux catégories peuvent être associés selon opportunité.

Les insomnies peuvent également être traitées par certains **antidépresseurs sédatifs** pris au coucher, par exemple la trazodone (**Trazolan**®) ou la dosulépine (**Prothiaden**®). Dans notre expérience, ces deux dernières molécules n'ont jamais induit de pharmacomanie iatrogène, à l'inverse des benzodiazépines !

- Des substances telles l'alimémazine (**Théralène**®), le prothipendyl (**Dominal**®) ou d'autres **neuroleptiques sédatifs** agissent aussi favorablement contre l'**agitation diurne**.

- L'**anxiété diurne** nécessite parfois des anxiolytiques. Les *benzodiazépines* sont essentiellement réservées au sevrage physique. La post-cure justifie quelquefois leur

emploi mais à moindre dosage, et si possible durant un temps limité. La *méfiance* est de rigueur à l'égard des benzodiazépines d'action rapide et de demi-vie brève, qui sont plus aisément toxicomanogènes. Les **antidépresseurs sédatifs** trouvent ici aussi indication de prescription, par exemple la trazodone (**Trazolan**®) ou la dosulépine (**Prothiaden**®), qui sont clairement non toxicomanogènes.

2.16.3 La post-cure et la maintenance ou substitution

2.16.3.1 Dépendance aux opiacés et gestion du post-sevrage

Sur le plan de l'efficacité, deux stratégies de gestion du post-sevrage ont émergé.

- La première consiste à mettre le patient à **l'abri du produit** toxique dans une structure différente, lui assurant une *protection externe*.

Cette solution équivaut aux **centres de post-cure** et aux **communautés thérapeutiques**. Dans la plupart de ces centres, **le projet** de la postcure est fondé sur **l'abstinence**.

Le mode de prise en charge proposé permet au sujet de rompre avec son environnement habituel, lui inculque l'apprentissage d'une vie dépourvue d'assuétude, tente de lui assurer une reprise de confiance en soi et du sens des responsabilités, sollicite sa participation à l'existence communautaire et lui enseigne à occuper son temps de façon valorisante.

Ce système de la post-cure ne convient pas à tous les toxicomanes (qui doivent être en quelque sorte choisis lors d'entretiens préliminaires) et présente deux désavantages. En premier lieu, la méthode investit beaucoup de temps et se révèle coûteuse. En second lieu, la sortie s'avère toujours délicate lors de la réintégration dans la société extérieure.

- La deuxième stratégie offre à l'individu une *protection interne*, sorte de transition entre le toxique et l'état d'abstinence, sous forme d'un **produit de substitution**. Dans l'état actuel des connaissances, la substitution s'adresse seulement aux héroïnomanes.

L'idée de **la maintenance ou substitution** consiste à **remplacer** (à substituer) **une drogue illégale par une drogue légale** et donnée de façon plus ou moins contrôlée.

(GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 64)

La médication substitutive tend à **régulariser les perturbations thymiques**. Par ailleurs, elle crée un **espace thérapeutique** propice pour aborder et évaluer les problèmes psychologiques, matériels, relationnels ou judiciaires aux fins de s'efforcer de les résoudre même partiellement.

Outre qu'il réduit le manque physique et qu'il amoindrit le besoin, le produit de substitution accorde au sujet la **possibilité de se restructurer**. Semblable mutation ne peut s'effectuer sur une période de courte durée. Ainsi se conçoit *parfois* la substitution au long cours dans le cadre de l'héroïnomanie.

2.16.3.2 Héroïnomanie et traitements de substitution

La substitution envisagée ici est pratiquée au long cours. Le traitement comporte deux phases :

- une première phase, dite **phase de stabilisation**, avec l'emploi d'un produit de substitution à dose constante, se déroule jusqu'à ce qu'une stabilisation sociale et psychologique du sujet soit atteinte
- une seconde phase, dite **phase de sevrage**, permet d'atteindre un sevrage complet par la diminution *lente* de la posologie du produit administré.

Ces modes thérapeutiques, susceptibles de durer quelques mois (et même parfois quelques années), sont tributaires de **critères d'application** admis internationalement :

- âge supérieur à 18 ans
- plus de deux ans de dépendance aux opiacés
- échec d'essais antérieurs de sevrage par d'autres méthodes).

Plusieurs produits de substitution sont disponibles pour une cure de longue durée.

• Substitution par méthadone

Cette substance est la plus connue et la plus utilisée.

Sa **longue durée** d'action, supérieure à 24 heures, et la **stabilité des taux cérébraux** consacrent son intérêt. La régression de la posologie est réalisable très progressivement par paliers de faible écart.

Posologie

La détermination de la dose initiale adéquate est identique à celle du sevrage, mais elle peut se situer à une valeur un peu plus élevée afin d'assurer une **sédation valable du manque psychologique**. Dans notre région, la dose est généralement comprise entre 40 et 60 mg par jour.

Une légère augmentation de la dose peut s'avérer temporairement nécessaire lors de périodes stressantes. A l'inverse, les périodes de détente (vacances par exemple) justifient une adaptation avec baisse modérée du dosage.

Certains sujets en activité, ou qui poursuivent leurs occupations professionnelles, décrivent une diminution de leur besoin de méthadone.

Une fois la stabilisation acquise durant un temps suffisamment long, le sevrage devient alors réalisable et s'effectue comme décrit précédemment, mais en général selon un *tempo* plus lent (diminution par exemple de 2 mg par semaine).

Signalons que certaines équipes américaines conseillent une dose initiale quotidienne de 120 mg avec l'intention d'**occuper tous les récepteurs** aux opiacés en les saturant, et d'inactiver toute prise supplémentaire d'héroïne. Mais la réalité d'un **risque d'overdose** est loin d'être dédaignable lors de la consommation de cocktails d'autres toxiques non opiacés (alcool, médicaments...). Un autre désavantage de la méthode de saturation réside dans la durée très prolongée du sevrage, but dont l'esprit ne doit jamais se départir.

La régression de la posologie engendre chez les toxicomanes tributaires de troubles psychotiques ou psychologiques particuliers une **réapparition ou une intensification de la pathologie sous-jacente**. L'attitude adoptée consiste à **maintenir un dosage approprié** pour un temps indéterminé. La même position est d'application pour les cas réputés de pronostic vital funeste (néoplasie, SIDA...), encore que certains expriment le souhait d'accomplir leur sevrage en phase terminale.

Certains patients signalent parfois leur impression d'un effet de la méthadone inférieur à 24 heures. Le fait est normal les premiers jours. La répartition de la dose journalière en deux prises suffit pour estomper cette plainte. Après quelques jours, l'administration du produit est ramenée à une prise quotidienne unique.

Si en court de traitement, certains signalent des **fluctuations d'efficacité**, le thérapeute doit suspecter l'**absorption d'un autre opiacé**, outre la méthadone, de plus courte durée d'action. L'opiacé abusivement surajouté au produit de substitution entre en compétition avec lui, au point d'en perturber la stabilité de l'effet durant deux ou trois jours. Les fluctuations apparaissent d'autant plus significatives que la dose de méthadone est faible et que celle de l'autre opiacé est élevée. En cas de doute, le **contrôle urinaire** s'impose comme révélateur.

Il n'est pas rare qu'un patient à l'aise en phase de stabilisation réclame un sevrage de sa propre initiative.

Certains toxicomanes, dont quelques traits de personnalité sont nettement psychopathologiques, exigent un sevrage trop rapidement dégressif. Les freiner s'impose.

Remarques générales

La Commission Médicale Provinciale insiste avec raison sur le **suivi médical** du sujet : examen clinique, contrôles biologiques sanguin et urinaire selon nécessité...

La même instance attire aussi spécialement l'attention sur le fait que l'omnipraticien ne peut entreprendre ce genre de traitement sans le **soutien** ou la **collaboration** de centres spécialisés ou de confrères disposant d'une **solide expérience** en ce domaine. La remarque paraît d'autant plus importante et justifiée pour les traitements de substitution, consacrés généralement à des cas lourds et durant des périodes relativement longues. L'utilité de l'**éclairage social et psychologique** par des intervenants rompus à ces problèmes complexes est indéniable.

La prescription de stupéfiants est soumise au principe « **un seul médecin prescripteur, une seule pharmacie de délivrance** ». Afin d'éviter de contrôler l'application correcte de cette règle tout en préservant le secret médical, le Conseil de l'Ordre des Médecins a mis au point une procédure comportant la déclaration de traitement par le patient lui-même. Le système français de prescriptions spéciales pour stupéfiants, contrôlées anonymement, nous semble toutefois mieux respecter le secret médical.

La méthadone étant un opiacé puissant, il convient d'éviter l'administration concomitante de médicaments divers susceptibles de **déprimer la fonction respiratoire**, en particulier les **barbituriques** (Bellanox[®], Vesparax[®], etc.). L'abus possible de **benzodiazépines** (comme le **flunitrazépam** = Rohypnol[®]) incite aussi à la vigilance.

Le nombre élevé de cas de **polytoxicomanie** et de glissement d'une drogue dure vers une autre, ou vers l'alcool et/ou les tranquillisants justifie l'extrême prudence.

La **délivrance quotidienne de psychotropes**, motivée par la clinique, présente un intérêt certain chaque fois que l'on craint un usage abusif. Par exemple, la remise journalière d'un somnifère ou d'un antidépresseur peut se révéler une sage précaution en préservant la régularité de la prise et l'évitement d'une ingestion massive.

Une bonne **collaboration avec le pharmacien** permet de lui octroyer un rôle actif dans le traitement.

La conclusion d'un **contrat thérapeutique** sert de référence et possède une valeur déterminante quant au comportement et aux résolutions du toxicomane. Certains centres liégeois (par exemple ALFA ou la MASS « START ») imposent ce contrat thérapeutique. Même s'il n'a pas une grande valeur légale, la signature d'un document par l'intéressé et la légalisation du suivi servent de levier psychothérapeutique et freinent la tendance aux dérapages.

Résultats

L'évaluation qualitative démontre que les axes médicaux et sociaux sont jugulés avec une rapidité appréciable, mais que les axes psychologiques, relationnels et affectifs subissent une influence plus lente. Ce constat explique l'étalement du traitement.

L'évaluation quantitative de l'expérience méthadone confiée au Centre ALFA de Liège fournit les résultats approximatifs suivants. Après deux années, plus de **50 %** des individus concernés (taux de **réention**) demeurent dans le programme, en voie d'amélioration de leurs problèmes, un tiers l'ont quitté pour des raisons diverses et **10 à 15 %** auraient abouti à un **sevrage complet**. Ces chiffres sont plutôt indicatifs.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Ellipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

FIGIEL Christian, neuropsychiatre, **A.L.F.A.** ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies, rue Saint Denis 4, B-4000 Liège, 1994.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

ROUSSEAU J.P., **DERELY M.**, - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,
143 p.

TOUZEAU D., **JACQUOT C.**, - *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, coll. Pharmacoscopie, Paris, 1997,
329 p.

- **Substitution par buprénorphine (Temgesic[®] ou Subutex[®])**

La buprénorphine, agoniste partiel, a pu être utilisée en traitement au long cours avec des **résultats favorables**.

L'obligation de plusieurs prises quotidiennes, le risque d'injection (après mise en solution du comprimé écrasé) et de surdosage, l'induction de sensations différentes de celles des opiacés classiques et l'existence d'un effet plafond représentent ses désavantages.

- **Substitution et polytoxicomanies**

L'existence d'une polytoxicomanie incluant l'héroïnomanie pose un problème supplémentaire.

En fait, la polytoxicomanie constitue une **contre-indication relative** à l'emploi de la substitution. De nombreux cas peuvent toutefois bénéficier d'une tentative de traitement substitutif.

Les dépendances aux benzodiazépines, aux barbituriques ou à l'alcool, en association à l'asservissement aux opiacés, font appel aux mêmes modalités de traitement que celles employées dans l'assuétude simple.

Un produit de substitution comme le clonazépam (**Rivotril**®) peut être **associé à la méthadone**, par exemple dans les polytoxicomanies **héroïne + benzodiazépines** et/ou **barbituriques**.

Le sevrage physique de la dépendance aux **barbituriques**, liée à l'héroïnomanie, s'impose **en premier lieu**. La méthadone prescrite simultanément est alors maintenue à dose constante.

La carbamazépine (**Tegretol**®) utilisée dans le cadre des toxicomanies citées plus haut offre chez l'héroïnomane, souvent peu discipliné, le désavantage d'imposer deux prises par jour et le risque d'une moindre compliance.

- **Signification et position de la substitution à long terme**

La substitution au long cours *remplace une dépendance par une autre dépendance moins nocive*.

Elle n'acquiert sa valeur que de l'**accompagnement psychologique, social et médical régulier** qu'elle permet d'instaurer, de développer et d'exploiter.

Hormis les situations extrêmes de désinsertion sociale totale et de dégradation somatique irrécupérable, la substitution, et plus particulièrement sa modalité de durée indéterminée, ne peut se justifier que dans le cadre d'une **prise en charge globale** de tous les paramètres et tous les problèmes inhérents au comportement toxicomaniaque.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

FIGIEL Christian, neuropsychiatre, **A.L.F.A.** ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies, rue Saint Denis 4, B-4000 Liège, 1994.

2.16.4 Les traitements des maladies associées

2.17 Les psychothérapies chez le toxicomane

2.17.1 Différents types de psychothérapie et principes communs

Les psychothérapies sont toutes les méthodes thérapeutiques qui font uniquement appel à des moyens psychologiques, dans le cadre d'une relation thérapeute-patient, individuelle ou collective (psychothérapie de groupe).

Dans la partie psychologique de la prise en charge d'un toxicomane, on cherche notamment à traiter la "cause" de la toxicomanie. Parallèlement à l'absence de personnalité-type chez l'utilisateur de drogue, **il n'existe pas de psychothérapie-type** : les psychotiques, les états-limites ou les névrosés ne reçoivent pas le même traitement psychologique.

La drogue n'est certes pas venue se greffer « par hasard » sur un organisme sain... et l'arrêt du toxique provoque éventuellement la résurgence de problèmes psychologiques sous-jacents.

Les assuétudes rencontrées chez l'hystérique sont plus souvent orales (alcool ou médicaments) alors que l'état-limite fait plus volontiers appel aux drogues "dures", mais cette observation n'a qu'une valeur statistique et se révèle peu utile pour éclairer la psychothérapie d'un toxicomane : chez lui – comme chez tout le monde – aucun comportement n'est compréhensible sans étude de la motivation.

Différentes psychothérapies trouvent indication chez le toxicomane (cette liste n'est pas limitative) :

1. **thérapies individuelles** :
 - celles qui sont d'inspiration psychanalytique interviennent au niveau de l'inconscient
 - la psychothérapie comportementale joue sur l'apprentissage
2. **thérapies systémiques** ou de **groupe** :
 - la thérapie systémique envisage la relation dans le système social ou familial
3. **groupes d'entraide** (ou de " *self-help* ")
4. **sociothérapies** ou thérapies institutionnelles.

Ces diverses psychothérapies ne sont pas incompatibles et sont même souvent **complémentaires**. On se sert par exemple des apports de la pensée psychanalytique pour travailler d'une manière psychodynamique avec le patient. Les techniques comportementales sont susceptibles d'aider le sujet lors des substitutions. Un changement de cadre peut également être efficace.

La **psychothérapie de soutien** est de toute façon à la base de toute relation soignant-toxicomane ou médecin-toxicomane.

Quelques **grands principes** se retrouvent dans tous ces types de psychothérapies :

- **responsabilisation** du toxicomane qui doit devenir l'acteur de son changement
- confrontation du toxicomane à **son problème** et reconnaissance de celui-ci ;
réappropriation du problème par le patient, plutôt que de continuer à accuser exclusivement le produit ou un tiers responsable
- analyse des **fonctions du toxique** chez le patient, des avantages immédiats, des bénéfices secondaires et des inconvénients de la prise d'alcool ou de drogue ; ces fonctions du toxique sont parfois différentes **dans le passé et dans le présent** de chaque personne qui a une histoire unique
- dialogue avec le patient au sujet des **problèmes sous-jacents** à la drogue aux points de vue social, familial, psychologique
- **accord du patient** sur le traitement envisagé ; le respect de son consentement (éclairé) et de son **autonomie** est une condition de réussite de toute thérapie
- ne pas substituer les **désirs de guérison du soignant** aux désirs de drogue du patient...

Deux questions destinées au patient sont souvent utiles pour faire avancer la réflexion :

- aborder la problématique du **plaisir** autant que la souffrance : « *Quelles étaient vos sources de plaisir avant la prise du produit ?* »
- ne pas se limiter au passé et au présent, mais envisager aussi les objectifs, les espoirs, tenter de se projeter **dans l'avenir** : « *Si vous aviez une baguette magique, qu'en feriez-vous maintenant ou plus tard ?* »

Le choix d'une psychothérapie individuelle est fonction de l'anamnèse, de la capacité d'intériorisation de l'intéressé, de la pathologie sous-jacente et du moment où l'on se situe dans la trajectoire du toxicomane (souvent d'ailleurs après plusieurs échecs de sevrage).

On se rappellera à ce sujet que ce qui menace le plus l'action thérapeutique, c'est le **découragement du médecin** ou son scepticisme, et non les rechutes presque inévitables du patient dans son « cycle de consommation ». En termes médicaux classiques, une thérapie suivie d'une rechute est un **échec** ; dans la trajectoire du toxicomane, l'**entracte thérapeutique** signifie éventuellement autre chose, une lutte, une tentative pouvant un jour déboucher sur un meilleur résultat.

Références

ANSSEAU M., D'HAENEN H. et al., - *Le Formulaire Psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

ROUSSEAU J.P., DERELY M., - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990,

143 p.

2.18 L'accueil, la prise en charge et l'écoute du toxicomane

La prise en charge de tout patient dépendant impose de la part du thérapeute la maîtrise de quelques aptitudes, savoirs-faire et savoirs-être.

- La **patience** est une qualité première. L'accompagnant du toxicomane dans son parcours ne doit pas espérer des résultats importants ou même simplement positifs tout de suite. Le patient doit pouvoir détenir le **droit à l'erreur** et **à la rechute**. Le médecin doit pouvoir accepter ces rechutes, qui réveillent souvent en lui des sentiments d'échec et d'impuissance. Il importe alors de ne pas rejeter le malade, mais d'**analyser avec lui** sa défaillance (ce moment peut même constituer un levier thérapeutique intéressant pour la suite du traitement). Notons toutefois qu'au fil du trajet, les sevrages risquent de devenir plus laborieux et pénibles de par l'amplification de l'angoisse et l'appauvrissement de la tolérance à la douleur.

- La seconde qualité est l'**écoute**. Elle nécessite une attitude de **non-jugement**. Elle se dégage de toute opinion culpabilisante. Elle engendre la **confiance** et possède valeur de **traitement**. Elle autorise le thérapeute à moduler son comportement de façon à être perçu comme **disponible**, devenant une image de **référence** exploitable pour une restructuration.

- Une troisième attitude s'avère de rigueur : la **cohérence**. Le toxicomane dispose souvent d'un jugement dissemblable à celui du praticien et se montre parfois incohérent dans ses actes et ses jugements. Lui opposer la cohérence est une manifestation et un engagement thérapeutiques. Le praticien doit pouvoir **proposer un schéma thérapeutique clair** et précis, **montrer sa façon de faire**, à laquelle, s'il le souhaite, le patient peut adhérer. Dans la situation urgente du manque (absence de drogue), l'administration d'une médication en premier geste et la convocation du patient à l'entretien du lendemain, sur rendez-vous, composent un exemple de cohérence.

- Une quatrième attitude importante dans l'accueil et la prise en charge du toxicomane, est la proposition d'un **contrat thérapeutique**. Le contrat représente le **fil directeur** de chaque étape du traitement et fixe les **limites** que le toxicomane **ne peut transgresser**.

Il est justifiable que les intentions curatives prennent en considération les **désirs et objectifs de l'intéressé** (par exemple pour une hospitalisation).

La fixation de certains **compromis** se révèle indispensable. Un exemple est celui de l'hospitalisation. L'établissement hospitalier cumule deux composantes antagonistes, d'une part une certaine **sécurité** par rapport aux produits (fournie par l'enceinte d'un

milieu fermé) et d'autre part la **liberté**, prix d'un accueil et d'une meilleure insertion sociale. L'hôpital ne peut s'ériger à la fois en forteresse contre la drogue et en centre d'accueil. Un compromis s'instaure entre la protection contre une substance et la resocialisation.

- On notera utilement l'existence de **phénomènes complexes** aux niveaux **social, ethnique, culturel** ainsi que l'influence de la classe sociale, des identifications et des identités du sujet, de l'entourage, de la **microsociété** où gravite le toxicomane (et le médecin...). Ces processus méritent l'attention aux fins de parfaire la relation engagée entre le thérapeute et le patient.

- En matière de toxicomanie, chaque intervenant doit aussi s'interroger sur ses **fantasmes personnels** face aux problèmes de dépendance. Il se doit de connaître ses capacités, mais aussi de pouvoir accepter ses **limites**, résister à la frustration que peut engendrer ce type de prise en charge. Il doit être au clair envers lui-même. Il doit passer la main si nécessaire.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

2.19 Les traitements non médicamenteux et non psychothérapeutiques

Les traitements non médicamenteux font appel à différentes techniques :

- l'**acupuncture**
- la **kinésithérapie**
- la **balnéothérapie** (douches chaudes au départ, puis en alternance chaudes et froides)
- l'**électrothérapie** : l'Anesthélec TM, par exemple, est un appareil produisant un courant de haute fréquence, diffusé par voie transcutanée par l'intermédiaire d'électrodes situées au niveau centrofrontal et sur les régions rétromastoïdiennes).

Toutes ces méthodes ont en commun d'induire la production d'**endorphines** susceptibles de favoriser un certain degré d'anesthésie. Elles s'inscrivent en complémentarité éventuelle de l'arsenal médicamenteux, le "maternage" demeurant essentiel et indispensable dans tout type de sevrage.

2.20 Grossesse et toxicomanie : le fœtus en danger

- La consommation de drogues peut **empêcher la grossesse** et – pendant la grossesse – provoquer plusieurs **complications** tant chez la **mère** que chez le **foetus**, surtout si le mode de consommation est intraveineux, ce qui expose en plus le fœtus à une **infection *in utero*** par les virus HBV, HCV ou HIV...
- Chez l'homme, le **cannabis** induit une **diminution de la spermatogenèse**. Le **tabac** est impliqué dans un **retard à la conception** chez la **femme**. (VENNETTIER, 2001, p.72)

La toxicomanie à l'**héroïne** entraîne une **irrégularité du cycle menstruel** et souvent de longues périodes d'**aménorrhée**.

- Les principales complications d'une toxicomanie **pendant la grossesse**
 - à l'**héroïne**,
 - à la **cocaïne**,
 - aux **amphétamines**,
 - au **tabac**,
 - au **cannabis**
 - et surtout à l'**alcool**

sont :

- les **fausses couches précoces**,
- la **dysmaturité** (petit poids du nouveau-né),
- la **prématurité**.

- Le fœtus subit surtout des transformations irréversibles dues à l'alcool, regroupées sous le nom de « **syndrome d'alcoolisation fœtale** » (SAF) qui comprend :

retard de croissance, déformation craniofaciale, troubles du comportement, retard mental, déficit de l'attention et de l'apprentissage, difficultés de l'exécution de tâches motrices fines, augmentation de la fréquence des psychoses... (VENNETTIER, 2001, p.72)

- Pour l'**héroïne**, on note en plus un **syndrome d'abstinence** chez le nouveau-né. Le **risque tératogène** de l'héroïne n'est pas établi.

Une substitution de l'héroïne par **méthadone** est **avantageuse** chez les femmes enceintes héroïnomanes et **diminue tous les risques** précités *sauf* le **syndrome d'abstinence chez le nouveau-né** qui reste présent. Pour certains auteurs, une dose quotidienne de 25 mg à 30 mg de méthadone en fin de grossesse permettrait de diminuer

l'importance de ce syndrome d'abstinence et de limiter ainsi l'abord pharmacologique de ce problème en période néonatale.

D'un point de vue clinique, on *ne tentera pas* de sevrage de la méthadone au 1^{er} trimestre (risque de fausse couche) ni au 3^{ème} trimestre (risque d'accouchement prématuré).

(LAFONTAINE, 1995, pp. 29-30)

En expliquant ce qui précède à la future mère, selon notre expérience, une *très lente diminution* de la dose de méthadone est souvent bien acceptée pendant le **deuxième trimestre** de la grossesse, pour atteindre une stabilisation à 25 mg ou 30 mg pendant le troisième trimestre de la grossesse. Nous proposons une *très lente* diminution de méthadone pour ne pas provoquer de syndrome de sevrage d'opiacés chez le fœtus. Nous ne modifions plus la dose de méthadone en fin de grossesse afin de limiter le risque de prématurité.

L'**alimentation au sein** pourrait aussi jouer le rôle d'un **sevrage progressif** du nouveau-né, puisque la méthadone passe dans le lait maternel, pour peu que la mère accepte la diminution progressive de méthadone après l'accouchement...

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

BOULANGER N. et al., - *Toxicomanie et Parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

LAFONTAINE J.-B. et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995, 46 p.

VENNETIER P., **LEFÈVRE A.**, **DEBROISE A.**, - *Les drogues à corps perdu*, in *Science & Vie Hors Série n° 217 « La drogue et le cerveau »*, Paris, déc. 2001, 162 p.

Prévention

2.21 Prévention primaire : avant toute consommation

Les témoignages de toxicomanes dans un état de déchéance plus ou moins prononcé sont-ils dissuasifs ? Rien n'est moins sûr. Les experts qui expliquent ce qu'il faudrait faire sont-ils crédibles ? Montrer des parents en détresse, à quoi bon ? Sensibiliser l'opinion ? Elle ne l'est que trop... (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 8-9)

2.21.1 Attitudes des adultes face au danger de la drogue

La peur des adultes devant le phénomène drogue se traduit par plusieurs comportements possibles :

- on n'en parle pas, la drogue est un **sujet tabou** : c'est la politique (inefficace) de l'autruche ; on a démontré aux États-Unis, dès les années 60, que c'était dans les collèges où le mot "drogue" était tabou que l'usage en était le plus répandu !
- « *la drogue, c'est mal* » : **attitude moralisatrice**, la plupart du temps tournée en dérision par les adolescents
- tenter de **faire peur** aux jeunes, en répandant des informations erronées ou tronquées, ou des rumeurs ; ce comportement peut aussi discréditer complètement l'information préventive ultérieure, même objective et correcte
- « *prendre des sanctions* » contre les drogués, « *maintenir l'ordre* » (dans la famille, dans l'école, dans l'institution, à l'armée, dans l'entreprise, dans la société...) ; on peut légitimement se demander si la **répression**, en matière de drogue comme dans d'autres, ne constitue pas *l'aveu d'un échec à agir sur les causes*, le symptôme d'un échec de la prévention. (Ceci ne vise pas, bien entendu, l'indispensable répression à l'égard des trafiquants ou *dealers*.)

(BLOCH, 1970, p.30)

Seule attitude préventive possible : informer et dialoguer

La seule prévention primaire de la toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent passe par **l'information**, objective et correcte, adaptée en fonction de l'âge, et par **les dialogues** : dialogue entre jeunes et dialogue entre jeunes et adultes, faute de quoi les mythes

fleuriront... Information et dialogue ne peuvent guère se cantonner au problème de la drogue, mais tenteront de **comprendre les motifs qui y poussent** (“causes” personnelles et origines sociales).

La prévention primaire de la toxicomanie passe ainsi par **l'éducation psychosociale** – souvent actuellement délaissée – tant par les familles que par les écoles. Difficile éducation psychosociale ! qui ne peut apparaître comme l'étalage d'un “savoir” de “vieux”, mais doit reconnaître l'enfant ou l'adolescent comme **acteurs** à part entière et les aider à **se connaître** et à construire eux-mêmes **un savoir-être**...

Avant d'entamer un tel **dialogue avec l'enfant ou l'adolescent**, l'adulte fera bien de s'interroger sur sa propre attitude à l'égard du tabac, de l'alcool et des médicaments...

(BLOCH, 1970, p.31)

2.21.2 Le rôle des enseignants et des institutions d'enseignement

Les écoles et les universités sont les endroits où se créent un **maximum de contacts** entre jeunes et adultes et entre jeunes eux-mêmes, les groupes se constituant et se remaniant sans cesse. Les institutions d'enseignement sont donc des endroits privilégiés (mais non les seuls) pour observer l'évolution des tendances des jeunes et pour contribuer à leur information. **Tout enseignant** devrait être en mesure de répondre au besoin d'information sur le thème de la drogue. (BLOCH, 1970, p.33)

L'enseignement fondamental

L'enseignement secondaire

Les enseignants du secondaire sont souvent **les mieux placés** pour informer les jeunes sur la drogue et engager l'indispensable dialogue avec eux. Ces questions et débats sont cependant **difficiles**, du fait que ces élèves appartiennent à un éventail d'âges de 12 à 19 ans, tantôt avant tantôt pendant l'adolescence, et que, mineurs pour la plupart, ils dépendent de l'autorité de leurs parents.

Dès 1969, Helen NOWLIS, du National Institute of Mental Health (USA) posait une série de questions portant à la réflexion sur la politique générale de l'enseignement secondaire en matière de drogue :

– Est-il possible d'élaborer une politique générale (notamment de prévention) applicable aux élèves de tous les âges ?

– Quelle est la part de responsabilité de l'institution à l'égard des parents ? Quelle sera son attitude si les parents se désintéressent de la question ?

– Quand se pose un problème de drogue dans l'établissement, celui-ci peut-il ou doit-il assumer un rôle éducatif vis-à-vis des élèves... mais aussi à l'égard des parents ?

L'enseignement supérieur

La même Helen NOWLIS, citée plus haut, posait aussi une série de questions – socialement et éthiquement intéressantes – sur l'attitude des institutions d'enseignement supérieur en matière de drogue et de sa prévention :

– Quel est le rôle de l'institution à l'égard de la liberté de l'étudiant de prendre des décisions dans des domaines étrangers aux études ?

– Sur quelles bases et dans quelles limites l'institution doit-elle protéger les décisions de l'étudiant ? Et si sa décision est en opposition avec la loi ?

– L'institution doit-elle se préoccuper de ce qui se passe si l'étudiant, en décidant de commettre un acte illégal, est prêt à en assumer les conséquences ?

– Si l'étudiant prend une telle décision, des sanctions doivent-elles être appliquées par la société, par l'université ou par les deux ?

Elle ajoute : *« La société est loin d'être unanime sur ces problèmes ; et l'avis des institutions d'enseignement diffère de l'une à l'autre. Du point de vue de l'éducation en matière de drogue, ainsi que de la politique générale adoptée à leur égard, la position qui est finalement prise est probablement moins importante que le fait que cette position soit claire et sans ambiguïté, et qu'elle représente le consensus d'une opinion aussi bien informée que possible, émanant des divers secteurs de l'institution : l'administration, le corps enseignant et les étudiants. »*

Références

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

NOWLIS H. H. - *Drugs on the College Campus*, Anchor Books, 1969.

2.22 Prévention tertiaire : prévention des rechutes et des complications

2.22.1 Les risques liés à la toxicomanie intraveineuse

D'après l'enquête « *AIDS and DRUGS* » réalisée en 1994-1995 en Communauté Française de Belgique, dès qu'un usager de drogue est pris régulièrement en charge, on note une **diminution significative du recours à la voie intraveineuse** pour l'héroïne. Cet effet est déjà visible après 8 mois de substitution par **méthadone**. De même, on peut constater les premiers résultats portés par le discours préventif autour de la pratique habituelle de **partage du matériel d'injection souillé**. (LAFONTAINE, 1995, p. 42)

Les différents programmes d'**échanges gratuits des seringues** (une seringue neuve pour une usagée) soit en pharmacie soit en centre spécialisé pour la toxicomanie, programmes réalisés entre 1995 et 2001 dans notre région, ont montré aussi une influence favorable sur l'habitude "culturelle" d'échanger les seringues souillées entre toxicomanes injecteurs.

En 1994, 78 % des patients suivis par les médecins généralistes du réseau SSMG-ALTO se voyaient proposer une sérologie de dépistage du HIV, mais seulement 60 % un dépistage du virus de l'hépatite C. Les résultats donnaient **3 % de patients séropositifs HIV** et **46 % de séropositifs pour l'hépatite C**. Cette étude confirmait aussi que le risque d'être séropositif pour l'hépatite C est 13 fois plus élevé chez les toxicomanes qui se sont déjà injecté de la drogue que chez ceux qui ne s'en sont jamais injecté.

Rappelons donc **l'importance d'insister**, chaque fois que c'est possible, **sur les conséquences néfastes**, pour l'usager de drogue, **d'une poursuite de sa toxicomanie intraveineuse**.

Compte tenu des implications médicales et des coûts engendrés par une séroprévalence positive pour l'hépatite C (hépatites chroniques actives, risque plus élevé de transmission à la population générale, hospitalisations pour décompensations cirrhotiques, hépatocarcinomes... réduction de la durée de vie active... etc.), **il est primordial de dépister l'hépatite C jusqu'à une fois par an** chez ce groupe à haut risque représenté par les toxicomanes. (LAFONTAINE, 1995, p. 43)

Références

LAFONTAINE J.-B. et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995, 46 p.

2.22.2 Les risques liés à la sexualité des toxicomanes

Une enquête « *AIDS and DRUGS* » a été réalisée en 1994-1995 en Communauté Française de Belgique, et a tenté de mettre en évidence le nombre de partenaires sexuels et la fréquence d'utilisation du préservatif, surtout chez les utilisateurs de drogues dures.

(LAFONTAINE, 1995, pp. 43-45)

A la question du nombre de partenaires sexuels rencontrés depuis 6 mois, 7 toxicomanes sur 10 déclarent n'avoir eu aucun partenaire (13,5 %) ou un seul (51,1 %). Il semble raisonnable de dire que l'usager de drogue (de 21 à 29 ans) vit la même situation de risques liés à la sexualité qu'un patient non toxicomane du même âge.

En ce qui concerne l'usage du **préservatif**, **65 % des patients déclarent ne pas l'avoir utilisé** depuis 6 mois, alors que seuls 11 % l'utilisent toujours lors de rapports sexuels...

Il nous apparaît donc nécessaire de poursuivre l'information préventive en matière sexuelle et – par exemple – la distribution de préservatifs gratuits ou à bas prix...

Références

LAFONTAINE J.-B. et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995, 46 p., pp. 43-45.

3^e partie :

Les “ Toxicothérapeutes ” et la Société

3.1 L'éthique

Parmi les différents **fondements de l'éthique** médicale, nous nous rallions au courant de pensée **objectiviste**, qui affirme la possibilité d'accéder, au moyen de la raison, à la connaissance du bien, qui est objectif et transcendant à l'homme. (ANDORNO, 1997)

Selon l'objectivisme, pour qu'un acte puisse être jugé “bon”, il est nécessaire que ***l'objet de l'acte et l'intention du sujet soient tous deux bons*** ; autrement dit, *la fin ne justifie pas les moyens*.

Pour la pensée objectiviste (dite aussi “personnaliste”), **tout être humain possède une dignité** qui lui est propre. Il **mérite du respect** quelle que soit sa santé physique ou mentale. Pourquoi ? Parce qu'il est **une personne**, c'est-à-dire un être d'esprit.

- Le premier principe de l'éthique – pas exclusivement médical ! – est le respect, la **sauvegarde de la vie humaine**. Ce principe éminent existe depuis au moins deux mille ans ; le *serment d'HIPPOCRATE* affirmait déjà : « *Je jure [...] que je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion...* ».

- Les **autres critères** de l'éthique sont **subalternes à ce respect de la vie** ; ces autres critères sont néanmoins une aide précieuse au médecin qui désire faire un choix éthique correct, notamment dans les soins aux toxicomanes :

- le principe thérapeutique ou de totalité
- le principe de socialité et de subsidiarité
- le principe de liberté et de responsabilité- le principe d'autonomie...
- le principe de bienfaisance
- le principe de justice

Références

ANDORNO R., - *La bioéthique et la dignité de la personne*, coll. Médecine et Société, éd. P.U.F., Paris, 1997.

3.2 La législation

Plusieurs lois belges et conventions internationales réglementent le trafic, la fabrication, la détention, la vente et l'achat de **stupéfiants** et **substances dangereuses**. Les infractions à ces dispositions légales peuvent entraîner des peines **correctionnelles** et même **criminelles** lorsqu'elles visent des mineurs d'âge. (BOULANGER, 1996, p.95) En Belgique, on voit toutefois très peu d'infractions concernant les stupéfiants aboutir en Cour d'Assises, la plupart étant "correctionnalisées".

Un Arrêté Royal (A.R.) établit une liste, régulièrement mise à jour, des substances visées par ces dispositions légales.

- Loi du 24 février 1921 concernant *le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques* (parue au *Moniteur belge* [M.B.] du 6 mars 1921).
- A.R. du 31 décembre 1930 concernant *le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes* (M.B. du 10 janvier 1931).
- Arrêté du Régent du 6 février 1946 portant réglementation *de la conservation et du débit de substances vénéneuses et toxiques* (M.B. des 18-19 février 1946).
- Convention unique du 30 mars 1961 sur *les stupéfiants et annexes*, faite à New York, approuvée par la loi du 20 août 1969 (M.B. du 27 novembre 1969).
- Convention du 21 février 1971 sur *les substances psychotropes et annexes*, faite à Vienne (M.B. du 10 novembre 1994).
- A.R. du 2 décembre 1988 réglementant certaines *substances psychotropes* (M.B. du 3 février 1989).

Références

BOULANGER N. et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

3.3 La déontologie

L'article 37 du *Code de Déontologie Médicale* belge concerne les assuétudes et a été mis à jour en 1995 :

Le médecin met tout en oeuvre pour prévenir toute assuétude. Dans les limites de sa compétence, il s'efforcera de traiter et de sevrer ses malades de leur assuétude.

a) Il doit veiller, notamment par ses conseils et ses prescriptions, à prévenir le mauvais usage, l'abus et le développement de dépendances vis-à-vis de substances médicamenteuses ou susceptibles d'engendrer une toxicomanie.

b) Le médecin qui prend en charge un malade en raison de son assuétude et estime devoir lui prescrire des médicaments de substitution pouvant donner lieu à accoutumance, ne peut se limiter à la seule prescription.

Il examinera la nécessité de :

- demander une évaluation du problème de l'assuétude et de ses divers traitements ainsi que de la situation psychologique et sociale du patient par une équipe multidisciplinaire ;*
- prendre le malade en traitement d'une façon globale avec l'assistance de spécialistes compétents des problèmes associés médicaux, psychologiques et sociaux, et ne pas se limiter à prescrire une drogue de substitution à la demande du patient ;*
- s'assurer que le malade consomme exclusivement le médicament prescrit et qu'il n'est pas en traitement pour la même raison chez un autre médecin ;*
- veiller, en médecine ambulatoire, à ne prescrire que des produits de substitution administrables par voie orale et prendre toutes les précautions pour que la prescription et la délivrance de ces produits ne permettent ni leur stockage, ni leur manipulation, ni échange, cession ou vente ou tout autre usage abusif ;*
- réévaluer périodiquement le résultat du traitement avec une équipe multidisciplinaire, adapter la thérapeutique et assurer le meilleur état de santé physique et psychique du patient, son insertion sociale et la guérison de son assuétude.*

c) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux traitements et soins palliatifs des patients en phase terminale.

Nous avons la faiblesse de croire que ces principes déontologiques apparaissent en filigrane de chaque page de cet abrégé.

Références

BOULANGER N. et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

3.4 Les médecins généralistes

3.4.1 Première rencontre entre le toxicomane et le généraliste

Le généraliste face au toxicomane

Au départ, le toxicomane se présente souvent chez le médecin avec une **demande de produit** et une demande **d'écoute**. Le médecin accède souvent à la première, moins fréquemment à la seconde ; on notera même un certain **rejet du toxicomane** par les milieux médicaux voire du mépris (aussi bien à l'hôpital qu'en cabinet privé...).

Il faut certainement **rassurer les médecins**, notamment les généralistes, les informer, et peut-être supprimer les consignes qui les effrayent...

Une **réaction positive** du médecin nécessite :

- des connaissances sur la drogue (un **savoir**)
- d'avoir déjà rencontré des toxicomanes lors de stages ou lors de travail supervisé (un **savoir-faire**)
- une certaine maturité psychologique (difficilement chiffrable en années) et la capacité de gérer sa "confiance", car la versatilité du toxicomane est quelque peu déprimante pour le médecin (un **savoir-être**)
- une **grande disponibilité** (familiale entre autres) : les toxicomanes viennent souvent en consultation en fin d'après-midi, le soir ou en urgence...
Qui dit disponibilité *ne* signifie *pas* « tout laisser faire » ; il faut **savoir faire respecter un cadre** thérapeutique (en temps, lieu, conditions du contrat) et **savoir se faire respecter** (nous restons convaincu qu'on ne fait pas de la bonne psychothérapie à quatre heures du matin...)

Le médecin doit parfois accepter de les traiter en **chronique** sans les guérir ni arriver à les sevrer ; on n'aperçoit pas toujours la fin du traitement ; le traitement est souvent **palliatif**, sans trop d'autre ambition.

Ceci dit, ce sont de « vrais malades ». Bien que l'on se trouve en présence de nombreux sous-ensembles ou sous-populations de toxicomanes et que les traitements soient donc variables, il faudrait arriver à *une certaine* **standardisation** du travail en toxicomanie. Le présent syllabus tente d'apporter une pierre à cette standardisation ; l'assistance du

médecin à un groupe de supervision ou – mieux – de “*peer-review*” (que nous traduisons en français par **intervision**) contribue aussi à la standardisation des traitements et à l'évolution du savoir-faire et du savoir-être du médecin.

Bien qu'une structure médicale élaborée ne soit pas nécessaire dans 80 % des cas, il faut reconnaître qu'une auto-évaluation du travail médical ou psychothérapique est difficile dans la solitude du cabinet. Le thérapeute isolé est fréquemment confronté à des problèmes de *transfert*, aux dangers de symbiose ou de rejet. Une **relation de groupe** nous semble aussi importante pour s'auto-évaluer.

La plupart des professionnels de l'aide aux toxicomanes insistent sur la nécessité de **redonner confiance au généraliste** dans la gestion du toxicomane : par exemple, l'omnipraticien doit **vaincre sa peur des rechutes** périodiques et ne pas les vivre comme un échec personnel ou comme une incapacité à traiter « *ce genre de patient* » ; on cherchera à favoriser l'évolution de ce point de vue personnel du généraliste et de son savoir-être...

En évitant de créer un ghetto médical, on insistera néanmoins sur la différence entre la relation au toxicomane et la relation au patient atteint d'affection psychique : le toxicomane interfère dans une **relation “opératoire”** (à objet partiel) avec le médecin ; la méthadone peut devenir un objet de médiation... Souvent le toxicomane refuse une psychothérapie classique, mais accepte un certain **soutien psychothérapique**...

Le généraliste et la famille du toxicomane

Le médecin doit-il prévenir la famille ? Selon le principe du **secret médical**, non... à moins qu'un autre principe n'intervienne... par exemple celui de l'obligation d'**assistance à personne en danger**, lorsque le risque devient trop grand soit pour le toxicomane, soit pour son entourage. C'est un peu la même attitude que celle qui est conseillée pour les familles de malades mentaux.

La famille peut devenir un **allié** naturel car les produits de substitution permettent souvent de reconstruire l'intégration familiale.

Références

- ANSSEAU M., D'HAENEN H.** et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.
CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

3.4.2 Difficultés et stress du médecin (ou du thérapeute) face au toxicomane

A l'Université, le médecin acquiert beaucoup de savoir sur les drogues et la pharmacologie, mais n'apprend *pas grand chose sur l'être humain toxicomane...* C'était le cas en Belgique il y a 20 ans et nous craignons que cela soit toujours le cas de nos jours.

• Différentes difficultés et **facteurs de stress** (ou “stresseurs”) influencent le comportement du médecin (ou du thérapeute) confronté au toxicomane :

- **la peur mythique des marginaux**, la crainte des « gens différents » et parfois des malades mentaux, l'appréhension devant un **monde inconnu** ou peu connu...
L'utilisateur de drogue dit souvent : “« *Vous ne savez pas ce que c'est...* »
Il est vrai que nous ne savons rien de son vécu et de l'expérience d'une injection d'héroïne par exemple, mais nous avons la possibilité de **comprendre son discours**. (ALI S., START, 1997)
- **la peur d'être pris pour un “dealer”** ; il faut bien constater que *certaines* autorités de la Santé en Belgique préfèrent légiférer et créer des règlements qu'aider réellement le médecin, souvent seul en face du toxicomane...
- **le besoin d'établir un contrat** avec le toxicomane, la nécessité de suivre certaines règles, **que le drogué transgresse** immédiatement...
- la crainte du médecin devant la **manière d'être** (ou de parler) du toxicomane qui peut être **déprimante**, **séductrice** ou **éprouvante** sur le plan émotionnel ; quelquefois, l'utilisateur de drogue joue même au **maître-chanteur** ou montre de l'**agressivité** (uniquement **verbale** dans notre expérience des héroïnomanes)...

• Le toxicomane **détruit** aussi l'**illusion de toute-puissance** du médecin : par exemple, au bout de 10 ans de suivi vaille que vaille de “nos” héroïnomanes,

5 % sont décédés

20 % sont soignés et en bonne santé

30 % sont séropositifs pour le SIDA et en traitement « à vie »

45 % sont devenus des utilisateurs chroniques d'héroïne ou d'une substitution de « moindre mal » à la méthadone... (ROMAIN, 1997)

On peut se demander si cette illusion de toute-puissance du médecin n'est pas remplacée dans certains cas par un **sentiment de culpabilité**. Jusqu'où va la responsabilité du médecin ?

• Sous-jacente à la perte de l'illusion de toute-puissance, se pose notamment la question de **la manière dont le toxicomane veut être aidé**. Il n'y a rien à perdre en considérant le toxicomane comme **un acteur** qui est partie prenante de son traitement ; on peut lui demander sans crainte :

- « *Quelle aide demandez-vous ?*
- *De quelle manière désirez-vous être aidé ?*
- *Qu'est-ce que vous attendez ? »*

Face à la demande-attente exprimée, le médecin (ou le soignant) se dit aussitôt :

- « *Est-ce que je peux, est-ce que je sais, est-ce que je veux y répondre ? »*

Un des objectifs idéaux (accessibles au thérapeute) serait de **responsabiliser le toxicomane** par rapport à ses actes, à son traitement, à sa toxicomanie, à sa vie :

- « *TU es tout-puissant sur TA vie et donc sur TA toxicomanie. C'est TOI qui es le maître du savoir sur toi-même. »*

Le médecin, lui, est responsable de la manière dont il gère son intervention, il est responsable de la procédure qu'il installe ; il pose les questions, analyse la demande, indique les **règles du jeu** que le toxicomane *va accepter ou non...* (ALI Salvatore, START, 1997)

• Une autre difficulté pour le médecin est de **trouver la « bonne distance »** entre l'utilisateur de drogue et lui-même :

- le médecin doit faire montre d'**empathie**, mais **sans identification** (pathologique)
- il doit **aider** l'utilisateur de drogue, mais **sans paternalisme**
- il doit **mettre des limites** et **ne pas “ juger ”** le toxicomane...

Ne pas réussir le sevrage oblige aussi le médecin à *être bon* à long terme, et non pas seulement dans l'action immédiate. Les **“échecs”** successifs **en matière de sevrage** vont apprendre l'humilité au médecin...

Des **effets secondaires difficiles** à soigner (par exemple après consommation d'héroïne) et l'émergence de **problèmes complexes, médico-psycho-sociaux**, vont souvent pousser le médecin à travailler en réseau ou en équipe multidisciplinaire ; or, tout le monde n'est pas spontanément capable de **travailler en groupe** démocratique ! L'individualisme apparaît régulièrement comme un handicap pour le "toxicothérapeute"...

(ROMAIN, 1997)

Références

ALI Salvatore, psychologue, **S.T.A.R.T.**, *service transdisciplinaire d'aide aux risques liés à la toxicomanie*, centre de première intervention,

Montagne S^{te} Walburge 4A, 4000 Liège, 1997.

ANSSEAU M., **D'HAENEN H.** et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

ROMAIN J.-G., - *L'héroïnomane est un patient difficile*, conférence au Congrès Balint de Dubrovnik (Croatie), 3 juin 1997.

3.4.3 Le médecin généraliste face à l'alcoolique

“Nos” résistances face à l'alcool (ROMAIN, 1998)

Dans la relation soignant-alcoolique, l'attention se porte classiquement sur le “malade” qui “souffre” (sur les plans physique, psychique et relationnel) et fait souffrir son entourage.

Dans les lignes qui suivent, nous nous sommes plus penchés sur la personne du thérapeute ou du médecin qui rencontre l'alcoolique.

Le diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool est généralement simple à poser. Vient alors le moment de proposer une prise en charge, un sevrage, un suivi pharmacologique et psychothérapique (personnel et/ou familial). C'est là que le bât blesse : nombre de médecins ou thérapeutes ne poussent l'alcoolique que mollement vers la possibilité d'une guérison ou d'un mieux-être. Il arrive même à certains médecins généralistes de ne proposer à l'alcoolique qu'un simple avis passe-partout du style : « *Avez-vous pensé à arrêter de boire ?* » et c'est à peu près tout...

Des statistiques de 1998 signalent qu'environ 29 % des habitants de notre région (la Province de Liège, en Belgique francophone) présentent *une consommation alcoolique excessive* dans le décours de leur vie. 7 % de cette population sont *dépendants* de l'alcool, avec un *sex ratio* d'environ deux hommes pour une femme... Seuls 10 à 15 % de ces gens sont pris en charge et soignés.

Quelles sont donc les **résistances du médecin à s'investir** dans les cas d'abus d'alcool ou de dépendance à celui-ci ? Une enquête rapide, réalisée en 1998 chez une vingtaine de médecins généralistes de Wallonie et de Bruxelles, nous permet de relever une liste de résistances, certes non exhaustive, mais donnée ci-dessous surtout à titre d'exemple :

- résistances face au **discours du patient** alcoolique
- résistances face à la **personnalité de l'alcoolique**
- doutes à propos de sa propre **qualification**, résistances issues de son **histoire personnelle**
- problèmes en matière d'**empathie** nécessaire au traitement
- résistances face à l'**entourage** du patient
- résistances de la part du soignant qui n'est **pas le décideur** de la cure
- résistances du médecin au sein d'une **équipe** soignante
- résistances face aux traitements qui s'annoncent **longs et difficiles**
- résistances dues à l'**imaginaire** du soignant, à sa propre **relation à l'alcool**
- résistances dues aux **représentations idéologiques, sociales et culturelles**

- de l'alcool et de l'alcoolisme**, qui touchent aussi le médecin
- **inhibition de l'action** face à un danger mortel...

Ces résistances du médecin vis-à-vis de l'alcool et du malade alcoolique se traduisent notamment par

- une non-intervention
- une intervention inadaptée ou incomplète (par exemple une intervention uniquement chimiothérapique ou seulement psychosociale...)
- un moralisme en lieu et place du non-jugement psychothérapique
- l'imposition du dogme de l'abstinence
- le désintérêt pour l'alcoologie ou pour la prévention de l'abus d'alcool et des autres drogues
- le rejet de tout alcoolique dans sa clientèle
- l'inhibition de l'action contre les toxiques sociaux et autres comportements d'assuétude, etc.

Dans notre expérience, **l'analyse de ces résistances face à l'alcool**, par exemple **dans un groupe** d'intervision ou groupe Balint, apporte un **bénéfice thérapeutique** certain tant au patient qu'au médecin !

■ **Nos résistances face au discours du patient alcoolique**

Il n'est pas facile de soigner quelqu'un qui *nie* son alcoolisme. Il n'est pas simple non plus d'aider ces patients qui – une fois leur problème reconnu – tiennent une sorte de discours paradoxal, louvoyant sans cesse entre « *vouloir aller mieux* » et « *partir perdant* » :

- « *On ne sait pas me soigner*, disent certains alcooliques.
- *On m'a déjà hospitalisé plusieurs fois.*
- *On n'y arrive pas... »*

Il s'agit bien de traiter quelqu'un qui vous met sans cesse en échec, qui vous renvoie à son impuissance et à votre impuissance...

On note aussi des résistances chez certains médecins généralistes pour admettre des plaintes "exagérées", pour accepter la souffrance du patient alcoolique au travers d'un discours parfois à la limite de l'hystérie.

■ Nos résistances face à la personnalité de l'alcoolique

Certains alcooliques vivent *en marge de la loi*, font des séjours en prison, conduisent en état d'ivresse, blessent ou tuent des innocents, battent leur conjoint ou leurs enfants...

Comment le médecin peut-il soigner un patient violent, qui par exemple bat ses enfants, comment s'investir vis-à-vis d'un sociopathe ? Comment ne pas le juger ?

Que dire aussi de la peur devant un agressif, de la gêne ressentie devant un menteur, devant un délinquant ou simplement un mauvais payeur ?

Que faire devant un patient qui se *dit* potentiellement dangereux ou ne peut contrôler sa colère ?

A contrario, en dehors des crises, l'alcoolique est souvent très *sympathique*, attachant, voire chaleureux, mais *dissimulateur* et anxieux. Cette personnalité assez paradoxale crée aussi parfois une résistance du soignant lorsqu'il se sent "arnaqué" dans une relation médecin-malade frisant l'amitié mais parsemée de mensonges ou de dénis.

■ Nos doutes sur notre propre qualification, nos résistances issues de notre histoire personnelle

Le médecin généraliste pense quelquefois :

- « *Je vais me noyer (dans l'alcool de mon patient) .*
- *Je ne suis pas qualifié, c'est une affaire de spécialistes.*
- *J'ai déjà eu bien du mal à résoudre mon propre problème d'alcool, comment l'aider alors que je bois moi-même sept ou huit verres de vin par jour ? »*

Si certains alcooliques *boivent pour oublier*, certains médecins *oublient de soigner* l'alcoolique... peut-être pour ne pas s'identifier à l'alcoolique ou pour oublier leur propre dépression (ou dépression "*masquée*" chez ceux qui boivent !). L'oubli serait-il contagieux ?

Il est certes parfois difficile de faire la distinction entre ce qui est apporté par le patient et par le soignant, entre ce qui vient de l'histoire du patient et de celle du soignant...

■ Nos problèmes en matière d'empathie nécessaire au traitement

On note souvent la peur de « *ne pas pouvoir garder la bonne distance thérapeutique* » ; avec en toile de fond sa propre histoire (faite notamment d'ivresses estudiantines ou quelquefois d'intempérance plus chronique), le médecin redoute de s'identifier (contre son gré) à *cet* alcoolique...

A l'inverse on remarque aussi des résistances du médecin traitant vis-à-vis du manque d'empathie : « *Je ne sais pas prendre sa place...* »

Et encore des difficultés d'entrer dans certains jeux de rôles parfois pré-programmés par le patient alcoolique : ainsi, comment jouer le jeu dominant-dominé que certains se plaisent à construire ? « *Me laisser faire ou non ?* »

« *Comment aussi puis-je être bon devant l'alcoolique et l'alcoolisme (au pronostic souvent défavorable), alors que je ne peux pas toujours être moi-même parfait ?* »
L'identification massive au patient entraîne ici aussi une résistance à la guérison...

■ Nos résistances face à l'entourage du patient

Comment prendre la responsabilité de soigner un père, une mère, et parfois une ribambelle d'enfants ? Que faire de ces situations familiales très lourdes ?

Certains médecins généralistes déclarent :

« *Je ne suis pas compétent en thérapie familiale.*

– *Soigner un alcoolique, c'est prendre de lourdes responsabilités vis-à-vis de son conjoint, de ses enfants...*

– *Et que faire des enfants de l'alcoolique ?* »

Que faire aussi devant un entourage souvent pressant ou intransigeant, voire dominateur ? Comment réagir devant un conjoint, un parent qui vous reproche votre incompétence ou qui vous met en échec consciemment ou inconsciemment ?

■ Nos résistances si nous ne sommes pas le décideur de la cure

Comme dans d'autres secteurs de la pathologie, le médecin généraliste peut se sentir manipulé, « mené en bateau » par l'alcoolique ou son entourage. Souvent le médecin se rend compte qu'il ne maîtrise pas tous les choix de traitement ou de guérison. Cette impuissance est inhibante pour certains : dès cet instant, le soignant ne veut plus et ne peut plus rien décider. « *Aut Caesar aut nihil...* »

Le médecin souffre parfois du paradoxe suivant : « Je peux tout comprendre, mais je ne peux rien faire, je ne peux rien décider à la place de l'autre... »

■ Nos résistances au sein d'une équipe soignante

Comment prendre en charge un patient *après* un ou plusieurs autres thérapeutes ? Comment proposer un traitement qui doit être "meilleur" que les précédents (qui se sont soldés par une ou plusieurs "rechutes") ? Comment prendre le relais ? Comment être soi-même "meilleur" ?

Comment trouver sa place au sein d'une équipe soignante parfois nombreuse ? Comment soigner un alcoolique *en même temps* que plusieurs confrères ? Comment semer, au sein d'une équipe de soignants, sans être certain d'être celui qui va récolter ?

Les difficultés dans la dynamique d'un tel groupe se voient aussi bien entre médecins, entre infirmières, entre médecin et infirmière, entre psychiatre et généraliste, entre médecin et psychanalyste, etc. Ces problèmes interpersonnels et résistances signalent parfois une problématique dominant-dominé ou sont de l'ordre de la séduction, voire de la jalousie...

■ Nos résistances face aux traitements qui s'annoncent longs et difficiles

Comme vous le savez, le "mûrissement" de certains problèmes psychologiques prend des mois ou des années... L'alcoolisme en fait partie. On se prend vite à douter de son efficacité, surtout après l'énième rechute.

Le malade alcoolique entraîne les médecins dans une longue problématique : « *un défi permanent à leur savoir et à leur pouvoir, en les renvoyant à leur savoir-être !* »

(GAINARD, 1995, p.15)

Il en va ainsi des résistances du médecin devant la problématique *existentielle* souvent complexe présentée par le patient, problématique existentielle qui est pourtant souvent à la base de *notre* recherche de bien-être et de certains constats d'impuissance : « *Je ne peux quand même pas tout changer dans sa vie en miettes !* »

Un médecin de famille bruxellois nous déclarait récemment : « *Le problème de l'alcoolisme est tellement complexe qu'il me dépassera toujours...* » Face à l'alcoolique, il ressent une résistance au traitement long et peut-être également par rapport à l'imaginaire de ce traitement difficile.

Le médecin généraliste distingue aussi difficilement ce qui est utile au patient, ce qui est du domaine de l'évolution de la maladie, ce qui est de l'ordre de la résistance du soigné, ce qui est du travail "réel"..

La prise en charge au long cours des alcooliques passera ainsi – excusez le jeu de mots – par des « *crises de foi* » et des remises en question des rôles d'un chacun. La clarté des rôles pourra certainement être améliorée par l'assistance du médecin à un groupe de parole et d'écoute (comme le groupe Balint) ou par une expérience de type psychodrame.

Et parfois après de multiples années de soutien ou d'entretiens psychologiques, il y aura aussi la résistance à la guérison, présente chez certains patients mais aussi chez certains médecins :

*« Comment mettre fin à la longue série d'entretiens sans vexer le patient ?
En lui disant simplement qu'il peut toujours revenir quand il le décide ? »*

Et chez le patient existe aussi une résistance (plus ou moins inconsciente) à la guérison :

*« Comment revoir ce médecin (efficace) ?
– Faudra-t-il que je rechute, que je recommence à boire pour le revoir ? »*

■ **Nos résistances dues à notre imaginaire, à notre propre relation à l'alcool, à nos représentations *idéologiques, sociales et culturelles* de l'alcool et de l'alcoolisme...**

Nous entrons ici dans le domaine de l'*imaginaire collectif*, qui touche le médecin comme tout un chacun...

a. L'imaginaire du mot "alcool"

Les représentations positives de l'**alcool** cautionnent parfois – consciemment ou inconsciemment – les "prétextes" du consommateur d'alcool. L'image même de l'alcool imprègne aussi la décision du thérapeute. Scientifiquement, le médecin sait que l'alcool est un toxique dont l'abus tue. Mais sur l'autre plateau de sa balance décisionnelle, pèsent différentes fonctions ou représentations plus positives de l'alcool, d'ordre thérapeutique "égoïste"* ou "altruiste"*, économique, politique, historique, voire religieux...

(* BENICHO, 1989, p.14)

L'alcool peut être vu, non comme un produit à combattre, mais comme :

• un “médicament” traditionnel :

- antidépresseur, « briseur de soucis » (“*Sorgenbrecher*” de S. FREUD), permettant l’oubli des problèmes, « *Je bois pour oublier... que je bois !* »
- anxiolytique, anti-trac, anti-stress, « *Il faut bien se détendre* »
- anesthésique, analgésique
- orexigène (c’est le rôle de l’apéro)
- stimulant, « *L’alcool donne des forces* »
- générateur d’un sentiment de liberté, de toute-puissance, de domination, voire d’invulnérabilité...
- antitussif, antigrippal, « *Rien de tel qu’un bon grog !* »
- thermorégulateur, « *L’alcool réchauffe* »
- antiseptique, conservateur : à l’opposé de l’eau, souvent polluée, la bière et le vin, boissons populaires depuis des millénaires, ne transmettent pas d’agent pathogène, dysenterie, choléra, typhoïde, etc. L’eau ne deviendra saine en Occident qu’au XIX^e siècle, avec l’apparition de systèmes de filtration. (VALLÉE, 1998, p.12) Mais à l’aube du XXI^e siècle, la méfiance contre l’eau de distribution hante toujours quelque peu notre inconscient.
- bref l’alcool est une sorte de médicament idéal, de panacée, à la portée de tous :

« *Quiconque a eu un remords à apaiser, un souvenir à évoquer, une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir, tous enfin vous ont invoqué, dieu mystérieux caché dans les fibres de la vigne. Qu’ils sont grands les spectacles du vin, illuminés par le soleil intérieur ! Qu’elle est vraie et brûlante cette seconde jeunesse que l’homme puise en lui !* » (Ch. BAUDELAIRE, *Les Paradis Artificiels*)

• Mais l’alcool (re)présente aussi différentes **fonctions sociales** ; il peut être par exemple :

- un rite d’initiation et de passage, rappelez-vous vos premières sorties d’étudiants et certains bizutages ou “baptêmes” : « *Il faut savoir boire comme tout le monde* »
- un signe de virilité, un désinhibiteur relationnel ou sexuel, « *Il faut boire pour être un homme* »... « *est-ce que vous montez prendre un dernier verre ?* » ... Ceci est bien connu dans la publicité : « *Jupiler[®], une bière d’homme* », puis plus tard, « *Jupiler[®], les hommes savent pourquoi* » ; il est vrai qu’à faible dose, l’alcool peut lever la timidité ou les interdits sociaux...
- une des bases de la civilisation depuis 10.000 ans, une tradition sociale et culturelle : en Europe de l’Ouest, la consommation de boissons alcoolisées

est inscrite depuis plusieurs millénaires dans la civilisation des Celtes (qui connaissaient l'hydromel et les boissons fermentées à base de fruits ou grains) et dans la civilisation des Romains qui introduisirent la vigne dans tous les territoires conquis.

Symboles de l'incorporation du dieu Dionysos ou Bacchus, puis du rite eucharistique chrétien, le vin, voire l'ivresse, sont recherchés par différentes religions et sont aussi à l'origine de chants d'inspiration dionysiaque (par exemple les *Carmina Burana* et *Catulli Carmina* au XV^e siècle et même au-delà).

L'ivresse caractérise la transe divine, l'homme ivre est reconnu habité par le « *dieu intérieur* » (d'où vient par ailleurs le mot français "*enthousiasme*"). (BENICHO, 1989, p.14)

Les monastères sont des lieux où l'on produit et exalte le vin (notamment en France) ou la bière (par exemple celle des Trappistes en Belgique).

Si l'alcool aujourd'hui a quelque peu perdu son sens sacré, il conserve *une valeur symbolique* : on boit toujours en compagnie, les fêtes et l'alcool restent liés et l'alcoolisme social ou mondain garde valeur d'excuse aux yeux de certains médecins...

Des gens « très bien » multiplient les « *vins d'honneur* » et les « *verres de l'amitié* » ; ils se rencontrent pour échanger des boissons alcoolisées... autant que leur besoin d'identification réciproque et leur besoin de solidarité. (ALONSO-FERNANDEZ, 1987, p.24)

L'alcoolisation et l'oralité en groupe s'accompagnent aussi de satisfactions émotionnelles ou libidinales : on prend un verre entre amis, on prend l'apéro, on porte un toast, on fait la fête, etc. pour se stimuler, stimuler le groupe et *se donner rendez-vous au même point d'euphorie*... (BENICHO, 1989, p.14)

Signalons aussi l'image de l'alcool en tant que produit "*naturel*", à la connotation d'autant plus *écologique* qu'il est plus près de la *Mère Nature* des plantes, de l'artisanat... Par opposition aux produits du monde moderne, technologiques et plus désincarnés, le vin reste considéré par certains comme « *le jus de la terre* »... (BACHELARD, 1966)

b. L'imaginaire du mot "alcoolisme"

Le mot "alcoolisme" est lui aussi doté de différentes représentations dans le langage conscient et dans l'inconscient collectif, significations qui influencent les résistances du thérapeute.

Inventé en 1848 par le Suédois Magnus HUS, le mot “alcoolisme” a permis de tenter de sortir la consommation pathologique d’alcool du domaine du vice et du péché, de remplacer le mot plus ancien “ivrognerie” et de médicaliser le problème. Mais il n’est pas certain que l’ivrogne vicieux et pécheur a complètement disparu de nos représentations inconscientes ! (BENICHO, 1989, p.13)

Prenons un exemple, le concept (ou le mythe) de responsabilité du patient ; un médecin de Namur nous rapporte ce qui suit : « *Il boit parce qu’il le veut bien, par caprice, par manque d’autocontrôle, par manque de volonté... S’il en est là, c’est qu’il le veut bien, et ce n’est pas à moi, soignant, à en supporter les conséquences... C’est un peu comparable au tabagisme : les fumeurs disent qu’il est impossible d’arrêter de fumer, et pourtant après un infarctus, presque tous s’arrêtent et sont étonnés d’y arriver si facilement. Ce serait donc un manque de volonté, et non une maladie, dont nous aurions à nous occuper. Mais est-ce encore le rôle du médecin ?* »

Ces conceptions de responsabilité du buveur et de manque de volonté sont très répandues parmi les soignants et engendrent quelquefois du dégoût ou du désintérêt.

Toutefois, il ne nous semble pas interdit de chercher à “responsabiliser” le patient, de garder un discours à la fois empathique, logique et cohérent : « *Tu bois, c’est ta responsabilité ; je peux t’aider, mais pas quand tu es ivre. Si tu m’appelles quand tu es “plein”, je te fais une piqûre et je m’en vais ; on en reparlera le lendemain...* »

■ Notre inhibition de l’action face à un danger mortel

Entre les **images** de **médication** ou de **poison** (*pharmakon* ou *toxikon* *), entre abstinence et abus, entre plaisir et souffrance, entre le social et l’illégal, entre la contrainte du groupe et le choix autonome de la personne, entre le normal et le pathologique, entre le rationnel et l’inconscient, **l’alcool coule toujours à flots...** L’alcoolisme **est ou n’est pas traité** par le médecin, celui-ci trouvant des résistances tant chez l’alcoolique qu’en lui-même. (* ROSENZWEIG, 1998, p.18)

Pour certains médecins, **oublier** que l’alcool est un agent pathogène redoutable, que **l’alcool est un tueur**, un mal dont nous sommes (presque tous) **complices**, est parfois aussi **un déni de la dangerosité**, une négation de la condition humaine, **un déni de la Mort...**

Devant cet indicible, on note chez ceux-ci une réelle **inhibition de l’action** (au sens d’Henri LABORIT), ce genre d’inhibition de l’action que l’on ressent **devant un agresseur perçu comme trop puissant...** un peu comme chez le personnage Bérenger d’Eugène

IONESCO dans « *Tueurs sans gages* » : face au tueur, cet idéaliste pèse d'un poids bien léger ; dans la scène finale, quand le tueur s'avance vers lui, il ne peut qu'**exprimer son impuissance** et répéter : « *Que peut-on faire ? Que peut-on faire ?* »

Références

ALONSO-FERNANDEZ F., – *La dépendance alcoolique*. Ed. Presses Univ. de France, 1987.

BENICHOU L., – *Alcoolismes*, p. 13 in POROT M. et al., – *Psychologie des Maladies*. Ed. Masson, 1989.

CERCLÉ A. – *L'alcoolisme*. Ed. Flammarion, coll. *Dominos* n° 156, 1998.

GAINARD J.Y., KIRITZE-TOPOR P. – *L'alcoologie en pratique quotidienne*. Ed. L'ippa, 1995.

ROMAIN J.-G. – *L'alcoolique, l'alcool et le médecin généraliste ; nos résistances face à l'alcool*. Conférence du 10 octobre 1998, au Havre (France), Congrès de la Société Médicale Balint française.

ROSENZWEIG M., – *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison ; archéologie d'un savoir oublié*. Ed. De Boeck et Belin, 1998.

VALLÉE B. – *L'histoire des boissons alcoolisées*, p.10 in *Pour la Science*, n° 250, août 1998.

3.8 Les équipes pluridisciplinaires et le travail en équipe

L'équipe pluridisciplinaire introduit la notion de **groupe** dans l'accompagnement du toxicomane. Equipe spécialisée, elle permet de répondre par sa cohérence aux différents aspects symptomatologiques de la prise en charge. Elle se compose de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes, d'assistants sociaux, de travailleurs sociaux, d'éducateurs, de personnel infirmier selon nécessité. D'anciens toxicomanes y sont parfois intégrés, facilitant le dialogue avec la patientèle et témoignant des possibilités de guérison.

Le groupe assure une **continuité des soins**, fournit un **soutien au thérapeute** désigné préférentiellement par le toxicomane, assure le respect du contrat thérapeutique et analyse ses transgressions avant de proposer de nouvelles orientations du traitement ou de sanctionner.

Le consultant bénéficie de la compétence de chacun des spécialistes. Il engage et profite d'une relation privilégiée avec **un thérapeute de référence**, élu par lui, quelles que soient les fonctions des autres intervenants.

L'équipe soignante procure des **images d'identification différentes** et multiples dans lesquelles l'intéressé tentera de se repérer. Ces images sont susceptibles, le cas échéant, de débarrasser le thérapeute isolé d'un transfert parfois trop fusionnel dans sa position de réassurance active, face aux angoisses et à l'idéation agressive perçues par l'individu dépendant.

La conception de l'équipe spécialisée se justifie par le fait que le traitement doit être idéalement envisagé dans sa **globalité**. Les dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles sont intriquées.

L'équipe pluridisciplinaire ne peut que se valoriser par la **collaboration avec l'omnipraticien**. Le médecin traitant procurera des éléments anamnestiques utiles. Il complètera le groupe soignant dans certaines phases de l'accompagnement, par exemple lors du suivi après la cure. Il informera le toxicomane et son entourage sur l'usage des drogues et sur leurs complications. Il assurera une surveillance somatique et participera au dépistage des rechutes (prévention tertiaire). La collaboration avec le généraliste est susceptible d'améliorer la qualité du travail en réseau.

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

FIGIEL Christian, neuropsychiatre, **A.L.F.A.** ASBL, Service de Santé Mentale Spécialisé dans le Traitement de l'Alcoolisme et des Toxicomanies, rue Saint Denis 4, B-4000 Liège, 1994.

3.10 Les règles et contrats de prescription

Le **contrat thérapeutique** est écrit ou verbal, ceci étant variable d'une région à l'autre, et d'une équipe à l'autre. Dans notre pratique, une copie du contrat est signée par le toxicomane et conservée dans le dossier (auquel toute l'équipe médico-psycho-sociale a accès mais qui reste couvert par le secret professionnel) ; une autre copie est remise à l'intéressé, tout ceci d'abord dans le but de le **responsabiliser** et de lui faire prendre part aux décisions le concernant.

Le contrat représente ensuite le **fil directeur** de chaque étape du traitement. Il reprend diverses données telles la motivation de demande, le projet de la cure, les règles de la prise en charge, les décisions en cas de rechute. Les éléments y consignés varient selon les formes et types de cure. Le contrat thérapeutique devient ainsi le **garant de la cohérence** du traitement, du médecin et des intervenants qui oeuvrent au sein d'une équipe soignante (et qui doivent **communiquer** entre eux).

Le contrat thérapeutique fixe aussi des **règles** simples et des **limites** que le toxicomane **ne peut transgresser**.

Révisable à tout moment en fonction des circonstances ou lors de nouvelles orientations, il constitue un **levier thérapeutique**, base de négociations mutuelles, lieu de rencontre des désirs et des objectifs des divers partenaires (médecin, soignants, pharmacien, patient...).

Références

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, coll. Elipses, éd. Marketing, Paris, 1994.

3.11 Les rapports avec le milieu judiciaire

3.11.1 Les problèmes rencontrés par les toxicomanes en prison

Comme préliminaire à ce chapitre, nous voudrions d'abord affirmer au lecteur que nous savons que la prison est parfois la seule solution actuelle pour *certain*s toxicomanes, **délinquants pour des faits graves** ; qui dit faits graves ne signifie pas de petits délits commis uniquement en relation avec la consommation de drogue (par exemple vol à l'étalage, etc.). Ceci ne doit d'ailleurs pas empêcher nos élus de rechercher des voies nouvelles, notamment en matière de peines de substitution, de travaux d'intérêt collectif, etc.

Cela étant dit, il faut reconnaître que *beaucoup* de dérapages ont lieu encore aujourd'hui dans plusieurs prisons belges :

- on constate toujours des **brimades** contre les toxicomanes détenus, tant de la part de certains co-détenus que du personnel pénitentiaire ; souvent les toxicomanes n'y ont pas droit au travail

- les problèmes liés à la **prévention** du SIDA ou des hépatites B et C sont nettement sous-estimés voire niés par les autorités ou les médecins salariés de la prison :

on n'y semble pas prêt à envisager l'échange de seringues stériles, la distribution de préservatifs, etc. ; cependant l'héroïne, le Rohypnol[®] et les autres drogues y circulent bel et bien !

- les traitements de substitution à la **méthadone**, prescrits avant l'entrée en prison, sont *le plus souvent* arrêtés brutalement, remplacés par des traitements moins efficaces, non adaptés et même *contre-indiqués* (Rohypnol[®], Valium[®] ...) ; ou encore on ne délivre qu'un maximum de 60 mg de méthadone par jour, ou de la méthadone pure, sans sirop (et donc amère) ; ces différentes pratiques sont dénuées de fondement scientifique et *s'apparentent* (peut-être) à de la torture mentale consciente ou inconsciente : le mythe judéo-chrétien de l'**expiation** *est loin d'avoir disparu* de tous les esprits... ; l'arrêt brutal de la méthadone en prison peut entraîner des décompensations dépressives, voire psychotiques, non exemptes de danger
- dans *certaines* prisons (à Saint-Gilles et Forest par exemple) le libre choix théoriquement garanti du **médecin traitant** est semé d'embûches administratives parfois mesquines, tant pour le détenu que pour le médecin

indépendant ; certaines autorités ne veulent pas que le toxicomane y rencontre son médecin seul à seul ; au mépris de toute confidentialité et du secret médical, on impose par exemple la présence d'un infirmier lors de la visite médicale (notons que la présence d'une tierce personne n'est pas exigée quand le détenu rencontre son avocat par exemple !)

En résumé, nous craignons qu'il faille encore pas mal de temps pour que les autorités pénitentiaires belges admettent que la **privation de liberté ne peut pas entraîner la privation du droit à la santé** et que certains **abus d'autorité** cessent en prison...

Références

SWARTEBROECKX Myriam, médecin généraliste (Bruxelles), conférence ALTO - SSMG - CEFOP à Liège, 26.3.1997, non publiée, tél. 02/ 534 64 66.

3.14 Les services d'aide, de traitement et de post-cure

Les différentes formes de traitements peuvent être répartis “géographiquement” selon trois modes :

- **services résidentiels**

- hôpital
 - général
 - psychiatrique
 - spécialisé
 - non spécialisé
- communauté thérapeutique
- centre de crise

- **services semi-résidentiels** : les centres semi-résidentiels accueillent et occupent le sujet durant la journée ; le soir, le patient réintègre son domicile, sa famille ou l'entourage qui l'héberge ; les centres semi-résidentiels se répartissent en deux catégories :

- hôpital de jour
- centre de réadaptation fonctionnelle

- **services ambulatoires**

- consultations
 - individuelle
 - familiale
- centre de traitement substitutif
- médecin généraliste (travaillant généralement en réseau)
- service d'entraide ou de “*self-help*” : A.A., N.A., A.T.A. ...

3.14.1 L'hôpital général

De par sa vocation, l'hôpital général ne se consacre pas habituellement à la prise en charge du toxicomane. Toutefois, il ne s'agit pas de négliger son importance par le passage obligé qu'il assure lors des **urgences** et des **complications** dues à l'assuétude qui mettent parfois en jeu le pronostic vital, ainsi que lors du bilan et du traitement des dégâts somatiques. Les services d'urgences, de soins intensifs et de médecine interne répondent à ces types de besoins. Sur le plan psychologique, ils constituent parfois le **premier contact** et devraient permettre d'amorcer le dialogue.

Certains hôpitaux généraux disposent d'un **département psychiatrique**. Exemples :

C.H.U. Liège (Sart Tilman)

C.H.R. Liège (Citadelle), dont quelques lits sont occupés par des patients présentant des assuétudes.

Ces hôpitaux généraux réalisent le **sevrage physique** et traitent les **perturbations psychopathologiques**.

D'autres hôpitaux généraux, dépourvus de tout service spécialisé, acceptent aussi **occasionnellement** de procéder à certains **sevrages** à la demande de l'omnipraticien. Exemple :

Clinique de Hermalle-sous-Argenteau, service de médecine interne.

3.14.2 L'hôpital psychiatrique

Les hôpitaux psychiatriques reçoivent **plus de la moitié** de demandes de séjour pour **alcoolisme** et autres **toxicomanies**. Ils se répartissent en structures non spécialisées et spécialisées.

- Les établissements **non spécialisés** n'acceptent qu'un nombre restreint de patients présentant des assuétudes (un ou deux par service). Exemples :

- *Clinique Saint-Vincent* de Rocourt
- *Clinique Notre-Dame des Anges* à Glain.

- Les établissements **spécialisés** désignent :

- *Hôpital Volière* à Liège : trente lits répartis en 15 pour alcooliques et 15 pour usagers de drogues illicites
- *Hôpital du Petit Bourgogne* à Liège
- *Clinique des Frères Alexiens* à Henri-Chapelle
- *Institut Psychiatrique Provincial* de Lierneux : dispose d'un service important pour les femmes et d'un service spécialisé dans les tentatives de suicide (centre *Patrick DEWAERE*).

L'hospitalisation s'inscrit dans un **projet thérapeutique**. Elle comporte un **contrat** clair et peut favoriser un déblocage thérapeutique, le sujet testant ses capacités d'être aidé par des attitudes de transgression qu'il faudra analyser avec lui.

Le risque à éviter est la reconstitution, par des toxicomanes hospitalisés en trop grand nombre simultanément, d'un sous-groupe marginal individualisé et déviant, catalysant l'intolérance des autres patients et le rejet des soignants. L'évitement de cet écueil conduit à concevoir parfois des **petits centres** de soins spécialisés au sein d'unités non spécifiques avec l'objectif de **prise en charge globale** (somatique, psychologique et sociale).

3.14.3 La communauté thérapeutique

La communauté thérapeutique se présente comme une structure résidentielle où le patient suit un **cheminement dissuasif** avec le thérapeute et les autres membres de la collectivité. Elle est destinée à servir de “**miroir**”, de **guide** ou de **révéléateur**. Le séjour y est de **longue durée** et s'étale entre quatre mois et une année.

Les communautés thérapeutiques se répartissent selon les deux modes soit **autoritaire** soit **démocratique**.

A titre d'exemples :

- **de style autoritaire** :

- *Le Patriarche*, actuellement disparu en Belgique, était une communauté thérapeutique “efficace” en matière de sevrage, mais qui revêtait *l'allure* d'une secte... Ce genre de collectivité réalisait en fait un **transfert de la dépendance** des produits à celle du thérapeute (le Patriarche en l'occurrence). Par ailleurs, *cette* communauté n'induisait **pas de processus de resocialisation** : les toxicomanes ayant réussi leur sevrage étaient le plus souvent intégrés à la communauté et ne travaillaient plus *que* pour *Le Patriarche*. Le problème de la *liberté de vivre sa vie* une fois “guéri” n'y était pas réglé, et l'on y passait par exemple du statut de soigné à celui de soignant, sans pouvoir quitter l'association *Le Patriarche*... (GEISMAR-WIEVIORKA, 1995, p. 53)

- **d'essence démocratique**, sur le modèle anglais, relevons :

- *Les Hautes Fagnes* à Malmédy : l'accès est obligatoirement précédé d'un sevrage physique réalisé habituellement à la *Clinique Reine Astrid* à Malmédy ; une série d'**entretiens préalables** explore la **motivation** du sujet et décide de l'acceptation de son admission
- *Choisis* à Carnière
- *Le Solbosch* à Bruxelles.

Ces structures amorcent et développent la **participation à une vie sociale** ainsi que la **prise de responsabilité**.

3.14.4 Le centre de crise

Le centre de crise assure, après une **admission rapide**, lors d'un séjour de **courte durée**, un **sevrage** dans l'accompagnement d'un **suivi social**. La dimension communautaire y joue un rôle moins important. Il s'inscrit parfois en **tremplin** vers un autre centre de cure.
Exemple :

- *CLEAN*, rue Maghin, à Liège (en Outremeuse).
- La Maison d'Accueil Socio-Sanitaire *START*, rue Montagne S^{te}-Walburge 4 A, à Liège : ce centre pluridisciplinaire de crise et de réadaptation est « **à basse exigence** » et accueille gratuitement, 24 heures sur 24, 365 jours par an, les usagers de drogues sans domicile, sans mutuelle, sans CPAS, sans papiers...

Le centre *START* est organisé sans idéal d'absolue guérison, de telle façon que ce n'est pas l'abstinence totale ou la porte, le succès ou l'échec, et qu'on y privilégie des objectifs personnalisés et plus réalistes : plus d'insertion, moins de drogue, plus d'écoute psychologique, plus d'autonomie, guidance vers un médecin traitant et une pharmacie (choisis par l'intéressé) ou vers un centre spécialisé, etc.

3.14.5 L'hôpital de jour

Exemple :

- Hôpital de Jour Universitaire *La Clé*, Boulevard de la Constitution 153, à Liège, dépendant de l'Université de Liège (ULg) : l'établissement accepte un petit nombre de toxicomanes aux drogues illicites et quelques alcooliques sur un total de 25 patients.

La Clé est une unité thérapeutique à **temps partiel** où sont dispensés par une **équipe multidisciplinaire**, des **soins psychiatriques** à caractère variable.

Cet hôpital accueille 25 adultes et adolescents des deux sexes, pour des **séjours courts à moyens**. Le groupe de patients est habituellement composé de personnes présentant des **détresses psychologiques** aiguës, s'exprimant par exemple sur un mode dépressif ou névrotique, ainsi que de patients toxicomanes aux drogues licites et illicites. Aucun type d'assuétude ou de pathologie psychiatrique n'est exclu d'emblée.

Quand le patient ne sollicite pas spontanément l'Hôpital de Jour (H.J.), il y est adressé par un membre de la famille ou par son **réfèrent extérieur** : il s'agira le plus souvent d'un autre hôpital, d'une policlinique, d'un centre de santé mentale, de son médecin traitant, d'un intervenant social ou d'un service juridique.

L'H.J. se définissant comme *un des éléments* du système du patient, les thérapeutes de *La Clé* veulent tenir compte de ces attaches extra-hospitalières et les impliquer dans leur démarche thérapeutique, de la préadmission à la post-cure.

Chaque demande est examinée lors d'une **consultation de préadmission** avec le patient, consultation ayant notamment comme objectif la mise en lumière de la demande de celui-ci et de son réfèrent extérieur, malheureusement souvent inexistant chez les toxicomanes, ainsi que l'établissement des premières ébauches d'un projet thérapeutique. La décision d'hospitalisation se prend en équipe.

Si l'extrême urgence n'est pas compatible avec ce mode de fonctionnement, *La Clé* accepte de travailler la *semi-urgence*. Un premier contact avec entretien est toujours possible dans un bref délai, avec comme objectif l'accueil et la clarification de la demande. La prise en charge peut survenir dans la semaine de la demande, le travail de la motivation restant bien entendu un des objectifs principaux au cours même de la cure hospitalière.

Le toxicomane est inclus sans aménagement particulier au groupe des autres patients fréquentant l'H.J. Le **groupe** est donc **hétérogène** et le toxicomane fait partie à part entière de cette hétérogénéité. Leur nombre au sein de la communauté hospitalière est limité, justement pour ne pas recréer un noyau homogène au sein du groupe.

La cure débute par l'élaboration, avec le patient, d'un **contrat écrit**, fil rouge de l'hospitalisation, dans lequel peuvent être consignés, la demande et le projet thérapeutique, les limites et les règles de la prise en charge, la durée de l'hospitalisation, les modalités des éventuels examens sanguins, tests d'urine, l'attitude face à la rechute... Ce contrat peut être réactualisé à tout moment, notamment lors d'une déviance et constitue un intéressant levier thérapeutique.

Habituellement, l'H.J. assure le sevrage physique mais la transition pour un bref séjour dans une unité de désintoxication à temps complet est toujours possible.

Modalités de la cure : comme chaque patient, le toxicomane bénéficie d'une prise en charge **psychothérapeutique individuelle et de groupe**. Cette dernière comprend l'alternance d'activités d'expression, de communication, de création et de thérapie corporelle, chaque atelier disposant d'un cadre spécifique et d'un thérapeute spécialisé.

Ce système de cothérapie allié à l'hétérogénéité des patients offre, semble-t-il, des possibilités identificatoires multiples. L'alternance structurée des temps hospitaliers et extra-hospitaliers, individuels et groupaux, favorise une ébauche d'organisation dans le temps et dans l'espace et par là-même, peut-être, un meilleur investissement du champ social.

La structuration communautaire, au fonctionnement régi par la **dynamique des petits groupes**, ouvre la possibilité d'émotions et de relations correctrices.

Outre le travail indispensable et long de la motivation, on s'attache à préciser **la fonction du toxique**. On s'efforce de stimuler au maximum les possibilités de **mentalisation** et **verbalisation** du patient. En effet, les thérapeutes de *La Clé* ont tendance à ne pas considérer la toxicomanie comme une maladie en soi, mais plutôt comme l'expression symptomatique d'un trouble psychopathologique sous-jacent.

Après la cure à proprement parler, il est impératif de pouvoir assurer une continuité dans la prise en charge pour éviter la réintroduction dans un circuit toxicomanogène. Outre la transition par le référent extérieur, s'il existe, l'Hôpital dispose de **programmes de post-cure** comprenant la fréquentation ponctuelle de modules thérapeutiques au sein de l'H.J.

3.14.6 Le centre de réadaptation fonctionnelle

Plusieurs centres de réadaptation fonctionnelle s'engagent dans la prise en charge en se fixant comme buts la **resocialisation** et une tentative de **réinsertion professionnelle**.

Exemples :

- *Le Maillet*, à Beyne-Heusay

Une phase d'occupation en **atelier** y recrée certaines des conditions d'accès à un métier.

La prise en charge pluridisciplinaire aboutit soit à un reclassement direct, soit au développement d'une compétence particulière par le biais d'**apprentissages**, de contrats spéciaux ou de **formations** professionnelles au sein d'entreprises.

- *Le Ploppe*, à Vottem, s'occupe de cultures maraîchères.

3.14.7 Les consultations ambulatoires

Les consultations se tiennent **dans le privé** auprès de neuropsychiatres, d'omnipraticiens, de psychologues, dans des **policliniques** vouées à cette pathologie ou dans **des services de santé mentale** subventionnés par la Santé Publique. Elles revêtent un caractère spécialisé ou non.

• Les **centres ambulatoires** sont essentiellement des centres de consultations spécialisées. Exemples :

- A.L.F.A., rue Saint-Denis à Liège
- NADJA, rue Sœurs de Hasque à Liège
- CLAJ, rue Saint-Jean à Liège.

L'accueil assure une prise en charge sociale et psychologique, complétée de consultations médicales et psychiatriques.

En matière de **psychothérapie**, les orientations varient selon les centres. Exemples :

- centre ALFA : analyse transactionnelle
thérapies d'orientation analytique
- centre NADJA : programmation neurolinguistique (P.N.L.)
- d'autres centres mettent à profit les thérapies systémiques dont la thérapie familiale.

Par comparaison, les applications médicamenteuses rencontrent des pratiques différentes. Le centre ALFA de Liège dispose d'un programme de substitution à la **méthadone**, à l'inverse du centre AVAT de Verviers.

Exemple de fonctionnement d'un centre spécialisé dans le **traitement ambulatoire** des toxicomanes (l'axe du temps va de gauche à droite) :

- **Premiers entretiens**
- **Analyses du problème et de la demande**
- **Guidance sociale**
- **Sevrage :**
 - Soutien à domicile
 - Sevrage à l'hôpital
 - Traitement hospitalier
 - Communauté thérapeutique
- **Post-cures :**
 - Traitement médical
 - Traitement psychiatrique
 - Analyse transactionnelle
 - Thérapie analytique
 - Thérapie systémique
 - Groupe de soutien
 - Gr. d'aide aux fumeurs
 - Groupe d'évolution

Alcool, médicaments, tabac, drogues illégales...

[Schéma de fonctionnement du Centre A.L.F.A. de Liège (selon Ch. FIGIEL)]

3.14.8 Les indications et choix des traitements

Le choix des modalités de traitement dépend de divers facteurs, notamment :

- l'urgence
- la demande
- la motivation
- le degré de dépendance physique et psychique
- la personnalité et les troubles psychopathologiques
- l'isolement affectif du patient
- la disponibilité et la compréhension de l'entourage
- le cadre de vie
- la situation professionnelle
- le toxique en cause...

D'où l'importance de poser un diagnostic le plus précoce possible, mais surtout le plus précis. De là découle l'**intérêt d'établir un « état des lieux »** le plus complet possible *avant* d'entreprendre une prise en charge.

La **demande du patient** doit être écoutée, analysée, notamment dans sa dimension d'urgence formulée telle par l'intéressé. L'appréciation est soumise à discussion au cours d'une série d'entretiens qui permettent d'engager un climat de confiance, de déchiffrer la motivation, de définir un diagnostic et d'élaborer une première stratégie thérapeutique.

Il importe de définir le contexte de la demande, la **motivation de l'arrêt**. Préciser la spontanéité de l'appel du toxicomane ou encore la pression exercée par l'entourage s'avère aussi utile.

La **sollicitation du sevrage** (façon habituellement utilisée par le patient dépendant pour entrer en contact avec le monde psycho-médico-social) est souvent formulée lors d'un moment de **crise**, lorsque surgissent ou s'intensifient des problèmes d'ordre juridique, familial, sentimental, social, professionnel, financier...

Derrière la **demande explicite**, par exemple « *Je veux arrêter tout de suite* », se cache souvent une **demande implicite** qu'il sera nécessaire de déchiffrer (et cela peut prendre pas mal de temps...). Ce travail de la demande est très important pour la suite du traitement. Il constitue la base de toute approche du patient dépendant.

L'**isolement** du toxicomane ou la **disponibilité** d'un entourage dévoué et compréhensif influencent le choix de la nature ambulatoire ou résidentielle du traitement.

Il en va de même de la situation professionnelle et des conditions matérielles d'existence, de la gravité des troubles psychopathologiques, du degré de la consommation...

La nature du toxique causal apparaît déterminante. Les complications médicales possibles liées à la consommation d'**alcool** et de **barbituriques** imposent généralement une **hospitalisation** pour le **sevrage** à ces produits. Dans le même ordre d'idées, certains praticiens considèrent plus aisé de traiter un héroïnomane en ambulatoire qu'un alcoolique.

Epinglons que le **manque en opiacés** se révèle beaucoup plus **douloureux et mémorisé** que la privation d'alcool par exemple. Ceci explique que l'aide médicale éventuellement fournie en semblable circonstance apparaît plus salutaire au toxicomane aux opiacés et que la mémorisation du geste motive le retour du patient à la consultation du médecin parfois longtemps après...

Références

- ANSSEA U M., D'HAENEN H.** et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.
- BOULANGER N.** et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.
- GEISMAR-WIEVIORKA S.**, - *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995, 222 p.

3.15 Les services d'urgence

L'urgence est liée :

- à l'**overdose** (de n'importe quelle drogue) qui constitue une urgence médicale absolue
- au **manque** qui n'est jamais mortel sauf en cas de **polytoxicomanie** ou d'usage de **barbituriques** et/ou d'**alcool**
- au **risque suicidaire** qui doit être évalué et parfois justifier l'hospitalisation
- aux **complications psychiatriques** (problèmes hallucinatoires, états confusionnels) imposant fréquemment une prise en charge plus lourde.

Le danger vital varie selon le produit.

Le surdosage en héroïne est une urgence de réanimation médicale, à l'inverse du manque d'héroïne qui est très douloureux mais n'est pas dangereux.

Références

- ANSSEAU M., D'HAENEN H.** et al., - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.
- BOULANGER N.** et al., - *Toxicomanie et parentalité*, Ed. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

3.16 Les groupes d'entraide ou de *self-help*

Les mouvements de *self-help* se fondent sur une **fraternité** bénévole. Ils fonctionnent sur le mode de réunions régulières destinées à l'acquisition et au maintien de l'état d'**abstinence**. La condition d'efficacité de l'entraide est d'exprimer honnêtement le désir de cesser toute addiction.

Les **Alcooliques Anonymes** (A.A.) et les **Narcotiques Anonymes** (N.A.), calqués sur le modèle anglo-saxon, participent d'une inspiration spiritualiste faisant référence à un « *être supérieur* » ; ils admettent cependant des athées en leurs groupes. Les étapes suggérées s'intitulent par exemple « *Les Douze Traditions* » qui figurent les jalons du progrès sur le chemin menant à l'abstinence.

Les **Alcooliques et Toxicomanes Anonymes** (A.T.A.) ont représenté historiquement une fraction dissidente des A.A. Avec moins de contenu spiritualiste, leur technique demeure néanmoins identique. À Liège, les A.T.A. trouvent hébergement dans les locaux du Centre ALFA, rue S^t-Denis.

Les mouvements de *self-help* se révèlent assez **efficaces**. Ils s'entourent parfois de structures complémentaires s'occupant de certaines facettes du cadre de vie. Ainsi, au Canada existent des **dancings** et des **cafés** propres aux A.A. qui leur procurent une ambiance chaleureuse.

À Liège, « **Le Baratin** » est un café sans alcool situé dans le quartier Sainte-Marguerite. De même, à Namur, « **À l'Chije** » est un café sans alcool situé rue Notre-Dame 41 (au pied de la Citadelle).

3.18 Les groupes de réflexion et de formation continuée pour professionnels

3.18.1 La conférence de *consensus* de Gand (le 8 octobre 1994) sur le traitement de *substitution à la méthadone*

RAPPORT DU JURY (12 octobre 1994)

La méthadone est un médicament morphinomimétique puissant, classé parmi les stupéfiants en application de la Loi du 24 février 1921, concernant le *trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques*. Ce médicament, utilisé chez les patients héroïnomanes, prolonge la dépendance physique acquise, et peut induire une dépendance chez les patients non préalablement dépendants d'opiacés. Il nécessite donc des précautions particulières de prescription et de délivrance.

Le traitement prolongé et adéquatement dosé à la méthadone est sûr du point de vue médical. Ce traitement n'est toutefois pas dénué d'effets secondaires. A l'heure actuelle, il n'a pas été démontré que la méthadone est toxique pour quelque organe que se soit.

LA MÉTHADONE CONSTITUE-T-ELLE UN TRAITEMENT EFFICACE DE LA DÉPENDANCE A L'HÉROÏNE ?

SUR QUELS PARAMÈTRES AGIT-ELLE ?

La méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne.

Effets sur la consommation d'héroïne

Le traitement à la méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections.

Effets sur la santé

Le traitement à la méthadone :

- réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie
- réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B et C
- ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV

- améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV et facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé.

Effets sociaux et professionnels

Le traitement à la méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socioprofessionnelles et à une réduction des activités délinquantes.

QUELLES SONT LES INDICATIONS, LES CONTRE-INDICATIONS ET LES LIMITES D'UN TRAITEMENT À LA MÉTHADONE ?

Indications

Le traitement à la méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne, reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique, et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).

Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir **18 ans** au moins, et des antécédents certains de **dépendance depuis plus d'un an**. La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage.

Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indication, mais les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanie, dépression, psychose...) nécessitent un diagnostic et une prise en charge adéquats.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication.

Limites

Il n'y a pas de raison scientifique de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indications.

QUELLE EST LA PLACE DES AUTRES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ?

A l'exception de la buprénorphine (Temgésic[®]), aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ?

EN QUOI INFLUENCENT-ELLES LE RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE ?

Les traitements à la méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (de 2 à 5 ans) ou sans durée déterminée.

Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg de méthadone par jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg / jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle.

L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage.

En début de traitement, et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose de méthadone en pharmacie ou dans un centre spécialisé.

L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose.

Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses.

Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines – 3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne.

En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre un traitement à la méthadone, mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique.

EN QUOI LE CADRE THÉRAPEUTIQUE INFLUENCE-T-IL LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT ?

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION DOIVENT-ILS FAIRE L'OBJET D'UN ENREGISTREMENT SPÉCIFIQUE ?

L'accessibilité aux traitements à la méthadone doit être accrue en fonction des besoins, et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres,

pharmaciens, centres de santé), tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable.

L'approche et le soutien psychosocial sont des facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste.

Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire, et veiller à l'entretenir, par exemple par la pratique de l'intervision clinique.

Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin.

Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la méthadone devraient être enregistrés par une instance *ad hoc*, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré.

3.18.2 Un exemple de charte locale : le consensus du CEFOP* de Liège

(* Centre de Formation Pluridisciplinaire en Soins à Domicile, ASBL)

Nous reproduisons ci-dessous le **texte de la charte** que ce centre de formation liégeois a élaborée en 1996 en matière de prise en charge du toxicomane ; cela peut servir de **conclusion** (provisoire) à notre abrégé.

Le problème de la “drogue” et des “toxicomanes” est certes un **problème de société** : 6 à 8.000 personnes en Province de Liège sont dépendantes des drogues dures illicites. Au-delà de l'assuétude, il existe une détresse médico-psycho-sociale. L'intervention médicale et l'intervention thérapeutique doivent avoir pour “objet” un “sujet” qui présente **une pathologie et/ou de la souffrance**.

Les “drogues” ? Il en existe des licites et des illicites : leur action ne peut s'envisager que par rapport à un sujet dans un certain contexte. C'est **l'usage que l'on fait** d'un produit qui en détermine tout le potentiel destructeur ; l'alcool est une drogue dure pour 300.000 Belges...

Ce sujet malade est en impasse existentielle, en manque de réaliser ses “désirs”, angoissé, dépressif, peu ou pas adapté à la vie de la société actuelle.

- Perte d'identité, carences affectives précoces, accidents de la maturation affective...
- Ruminations douloureuses sur le passé, incapacité à envisager l'avenir, instant présent se limitant au désir d'obtenir « *tout, tout de suite* »...
- Anosognosie, apsychnosie...

Voilà quelques traits du sujet toxicomane.

Ces toxicomanes sont trop ou trop peu encadrés durant l'enfance ou l'adolescence, peu informés sur les choix, sur les décisions à prendre et les responsabilités à assumer progressivement, connaissant mal les effets et les risques de santé induits par certains “usages” de toxiques.

Le thérapeute répond à **la demande** du patient sans pour autant céder au « *faire plaisir* » au patient. À trop parler du produit, le thérapeute peut oublier le sujet... Le thérapeute lui-même est un sujet avec ses limites aussi.

La tentation d'**une médicalisation excessive** de la réponse au toxicomane se limitant parfois à une réponse de prescription, **n'est pas une perspective humaniste** (que nous préférons).

Le thérapeute qui effectue un **travail pluridisciplinaire en équipe** évite l'écueil de l'enfermement sur soi-même et la dérive du médecin et du thérapeute "sauveur".

Pour nous, la thérapie et la médecine ne doivent pas être pourvoyeuses d'hédonisme ; on confond là philosophie et attitude thérapeutique.

Le « *droit à...* » n'existe que par rapport au « *devoir de...* » : ce sont là les fondements-mêmes d'une vie en société.

Face au sujet toxicomane, le thérapeute-sujet va établir un lien ; à la prise en charge pharmacologique et médicamenteuse, nous associons **l'accompagnement, l'accueil** chaleureusement humain et **l'écoute** ; il nous paraît fondamental que le soignant n'occulte pas au nom de son savoir, son non-savoir fondamental sur le patient. La démarche thérapeutique, c'est d'avancer dans ce non-savoir *avec* le patient. Il n'y a pas de prêt-à-penser dispensant de ce cheminement.

Malgré la situation marginale de ces patients et les aspects contraignants et décourageants de ces accompagnements, le CEFOP s'est efforcé de faire comprendre le devoir de tout médecin de famille et de tout thérapeute de répondre à la demande de chacun de ses patients dans le besoin et la détresse.

Notre souhait est que le plus grand nombre possible de **médecins de famille** assure le suivi de patients toxicomanes et que ce suivi soit le plus complet possible. Une formation spécifique, une motivation adéquate assureront une aptitude à gérer ces situations de crise.

Un médecin généraliste prenant en suivi un toxicomane doit donc :

- avoir une **vision globale** de la pathologie de ce patient
- s'être **informé** et **formé** à cette spécificité
- être **à l'écoute**, développer le dialogue et la relation humaine
- faire des **prises au point** complètes : anamnèse, examen clinique et biologique
- proposer au patient un **contrat de confiance** et des règles minima.

Nous pensons que l'esprit du *consensus de Gand* de 1994 est une excellente *base de travail* thérapeutique. Nous pensons que l'enregistrement *ad hoc* des

patients sous traitement de substitution est un outil nécessaire si l'on veut éviter une dérive par rapport au *consensus de Gand*. La Commission Médicale Provinciale de Liège répond adéquatement à ce souci en région liégeoise.

- assurer l'accompagnement **psycho-médico-social** le plus largement et le plus rapidement possible avec l'aide d'une **équipe pluridisciplinaire**
- pouvoir s'appuyer sur un **schéma thérapeutique** de prescription structuré : anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques et traitement de substitution, si nécessaire

Nous constatons les ravages associés à la **polytoxicomanie** : une prescription sans réel besoin, voire à la demande, peut contribuer à majorer la gravité et la surmortalité associées à la polytoxicomanie (flunitrazepam, barbituriques, etc.). Tous les prescripteurs doivent faire preuve de **vigilance** à ce sujet.

- garder à l'esprit les différents objectifs à long terme de la prise en charge : cheminement personnel, insertion ou réinsertion familiale, sociale et professionnelle, distanciation par rapport aux produits avec objectif final de sevrage.

Nous pensons qu'acquérir cette aptitude à prendre en traitement des toxicomanes ne peut en aucun cas aboutir à une "spécialisation" en toxicomanie ; il s'agit pour nous de rester des médecins généralistes ; la démesure d'une "patientèle" de toxicomanes est délétère à l'exercice même d'une pratique de généraliste ; en perpétuant le *ghetto* dans les salles d'attente, elle ne contribue pas à démarginaliser le toxicomane alors que nous voudrions rendre à celui-ci son droit de cité.

Quels sont les objectifs actuels et futurs du CEFOP-Assuétudes ?

- continuer la sensibilisation et l'information des médecins généralistes dans cette spécificité et ce rôle
- persévérer dans une formation pluridisciplinaire
- étendre les groupes d'intervision pluridisciplinaires et formation continue
- développer la prévention

Dans ces 4 domaines, nous espérons vivement continuer à bénéficier de l'aide des pouvoirs publics et recevoir les subsides nécessaires...

Nous souhaitons absolument développer la concertation, le dialogue et le travail d'équipe avec toutes les personnes et organismes s'occupant de ce problème dans la région, à savoir

- les médecins généralistes et spécialistes
- les pharmaciens
- les mutuelles et le CPAS
- les éducateurs et assistants sociaux
- les centres de santé mentale
- le contrat de sécurité et notamment le centre "START"
- les plates-formes psychiatriques
- la Commission Médicale Provinciale et le Parquet.

Les buts du CEFOP sont de réaliser **la formation** mais aussi

- de soutenir toutes réalisations locales adaptées aux besoins du moment dans notre région
- d'améliorer les expériences de prises en charge surtout en équipe
- d'encadrer et d'aider tous les prestataires
- de réaliser des contacts, des réseaux, de la cohésion
- tout en respectant les lois et règlements, de provoquer des réflexions, des suggestions sur ces problèmes actuels de société
- d'obtenir un très large réseau CEFOP – généralistes et CEFOP – assuétudes pluridisciplinaire pour la région liégeoise

3.18.3 Un exemple de consensus régional :
la charte du réseau SSMG-ALTO* [Wallonie-Bruxelles]
(* Société Scientifique de Médecine Générale, Alternatives aux Toxicomanies)

Alto

Bruxelles, le 17.10.1999

Chère Consœur, Cher Confrère,

L'accompagnement des usagers de drogue en Belgique francophone par des médecins généralistes est une expérience novatrice et probablement unique à ce jour dans le monde occidental. Cette expérience a montré et montre combien la première ligne de soins a un rôle essentiel dans la prise en charge des usagers de drogues, parmi les autres patients.

C'est pourquoi il nous a paru utile de rassembler dans un texte les principes fondateurs qui réunissent au sein du mouvement Alto ces médecins soucieux d'un accompagnement de qualité.

Ce texte exprime une philosophie générale durable. Il ne préjuge pas des modalités pratiques de l'accompagnement, qui évoluent en fonction des connaissances et de l'expérience, et s'adaptent à la diversité des individus et des situations.

Ce texte, nourri par les réflexions des praticiens de terrain, a été élaboré à la demande du comité de coordination du mouvement ALTO et en a reçu l'aval.

Dans le but de promouvoir l'identité du mouvement et de formaliser le réseau, nous vous proposons la charte et nous vous invitons à marquer votre adhésion en la signant.

Bien cordialement,

L'équipe "Charte",

Christian JACQUES, Axel HOFMANN, Sophie LACROIX, Dominique LAMY, Claude VRIELINCK

Talon à renvoyer à SSMG - Alto "Charte", rue de Suisse 8, à 1060 Bruxelles, ou à faxer (02/533.09.90) ou à E-mail-er (ssmg@ssmg.be).

Je soussigné, Dr, marque mon adhésion à la charte Alto du 17/10/99.

CACHET

DATE

SIGNATURE

Le mouvement ALTO

Le mouvement ALTO est un réseau de médecins généralistes, travaillant en Belgique francophone, qui, au sein de leur pratique courante, accompagnent des patients usagers de drogue dans leur milieu (familial, social, économique, culturel...).

Ce réseau, constitué en réponse aux demandes d'aide de plus en plus nombreuses, se veut aussi espace de rencontre et de formation où, par une réflexion critique sur les pratiques, s'élabore un modèle d'accompagnement des usagers de drogue par les médecins généralistes.

La pratique médicale

Plusieurs lignes de force guident l'action médicale :

L'accompagnement d'un usager de drogues relève, pour le médecin, d'une décision personnelle et non d'une obligation. Il s'agit d'un accompagnement global de la personne, au niveau médical et relationnel. Il s'inscrit dans le cadre et aux conditions habituelles de l'exercice de la médecine générale (liberté de choix du médecin, liberté thérapeutique dans les limites des bonnes pratiques, respect de la déontologie, respect du consentement éclairé du patient et du secret médical).

Le médecin acquiert et entretient une connaissance médicale suffisante des drogues, des usages, des traitements, des pathologies associées aux toxicomanies. Il est attentif aux aspects de prévention (toxicomanies I.V., MST...) et d'éducation à la santé.

L'établissement d'une relation thérapeutique, espace de dialogue chercheur de sens, marquant l'intérêt du médecin pour un patient reconnu dans sa globalité, est une composante essentielle de l'accompagnement. Sans juger ni cautionner, le médecin soutient inlassablement le patient dans son cheminement vers l'autonomie, construction de son propre destin dans le respect de soi et d'autrui.

Cette approche implique que le médecin reste attentif dans la durée, quelle que soit la longueur du traitement, aux diverses dimensions (médicale, psychologique, sociale, culturelle, économique...) qui accompagnent l'évolution du patient. Elle est incompatible avec une pratique de consultation-minute ou de clientèle gigantesque. De même, le

médecin refuse toute prescription non fondée sur un projet thérapeutique, notamment celle des psychotropes largement détournés vers un usage toxicomane (flunitrazepam, barbituriques...).

Le médecin participe à la formation continue et aux interventions afin d'échanger sur les pratiques, de rencontrer d'autres acteurs et aussi de partager d'éventuelles répercussions émotionnelles.

Le médecin veille à être conscient de ses propres limites et à s'assurer les collaborations éventuellement nécessaires. Il participe, si besoin, à une approche pluridisciplinaire et s'ouvre aux aspects de santé communautaire.

Le mouvement ALTO dans la société

Le médecin généraliste est en contact permanent avec l'ensemble de la population. Il est souvent le premier et parfois le seul intervenant psycho-médico-social à se rendre dans les familles. De par ce contact étroit avec la population, il est confronté à la détresse de nombre de ses membres, témoin d'une crise de société dont les toxicomanies ne constituent qu'un des symptômes.

Le mouvement ALTO permet aux témoignages individuels de se rassembler et de constater, dans les problématiques individuelles soulevées, l'émergence de nouvelles pathologies.

Ces problématiques de la désinsertion (absence de repères, absence d'intériorisation de valeurs, troubles somatiques, psychiques, sociaux, non-accès au travail, au logement...) sont des problématiques globales dont la dimension pathologique n'est qu'une pointe qui nous est offerte. Au nom de ce constat, le mouvement ALTO souhaite renvoyer à la collectivité les problématiques individuelles qui lui sont amenées et interpeller le monde politique et l'ensemble de la société civile. Le mouvement ALTO souhaite offrir son savoir-faire de terrain et être inclus dans cette recherche.



4^e Partie :

Éléments de Bibliographie

Deux lectures fortement conseillées

CARPENTIER J., - *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, éd. Marketing, collection Elipses, Paris, 1994.

GEISMAR-WIEVIORKA S., - *Les toxicomanes*, éd. Seuil, Paris, 1995, 222 p.

Bibliographie générale

ALONSO-FERNANDEZ F., - *La dépendance alcoolique*, éd. Presses Universitaires de France (P.U.F.), coll. Psychiatrie Ouverte, Paris, 1987.

American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV ; critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduc. française par **DELFI J.-D. et alii**, éd. Masson, Paris, 1996, 384 p.

ANDORNO R., - *La bioéthique et la dignité de la personne*, éd. P.U.F., coll. Médecine et Société, Paris, 1997.

ANSSEAU M., **D'HAENEN H.** *et al.*, - *Le formulaire psychiatrique ; édition belge*, éd. Erasmus Publishing, Rotterdam, 1996, 287 p.

BENICHOU L., - *Alcoolismes*, p.13 *in* **POROT M.** *et al.*, - *Psychologie des Maladies*, éd. Masson, 1989.

BELLENGER L., - *La persuasion*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 2238, Paris, 3^e éd., 1992.

BERGERET J., - *Toxicomanie et personnalité*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 1941, Paris, 4^e éd., 1994.

BLOCH C. - *Informations et réflexions sur les drogues*, éd. Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970, 41 p.

BOULANGER N. *et al.*, - *Toxicomanie et parentalité*, éd. Fond Houtman, av. de la Toison d'Or 84, 1060 Bruxelles, 1996, 110 p.

BOUSTANY A., - *Histoire des paradis artificiels ; drogues de paix et drogues de guerre*, éd. Hachette, coll. Pluriel, 1993.

CAHOREAU G., **TISON C.**, - *La drogue expliquée aux parents*, éd. Balland, France, 1987.

CARTER R., - *Pharmacodépendance et pharmacodélinquance*, éd. Chiron, Paris, 1990.

Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, (Ministère de la Santé Publique) - *Répertoire commenté des médicaments 2000*, 14^{ème} éd., éd. Heymans Instituut, Gand, Belgique, 2000.

CERCLÉ A. - *L'alcoolisme*. éd. Flammarion, coll. *Dominos* n° 156, 1998.

- CHABROL H.**, - *Les toxicomanies de l'adolescent*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 2700, Paris, 2^e éd., 1995.
- CHOMAIS J., MORZAC L., DORAIS M.**, - *La cocaïne et le crack*, éd. Gamma, coll. Prévention drogues, Tournai, Belgique, 1990, 63 p.
- DE CLERCK M.**, - *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, éd. De Boeck & Larcier, coll. Oxalis, Paris, Bruxelles, 1997, 275 p.
- DELBREL G.** et al. - *Géopolitique de la drogue*, éd. La Découverte, Paris, 1991, 288 p.
- DIAZ M., AFEWORK M.-E.**, - *La drogue*, éd. Hachette, coll. Qui, quand, quoi ? n° 7, 1995, 80 p.
- DOLL P.-J.**, - *La lutte contre la toxicomanie*, éd. Bordas, coll. Bordas Connaissance n° 115, Paris, 1972.
- GAGNARD J.-Y., KIRITZE-TOPOR P.**, - *L'alcoologie en pratique quotidienne*, éd. Groupe Liph, Lyon (France), Overijse (Belgique), 1995.
- GERVAIS Y.**, - *La prévention des toxicomanies chez les adolescents*, éd. L'Harmattan, coll. Pratiques sociales, Paris, 1994, 217 p.
- GODFREY M., MORZAC L., DORAIS M.**, - *La marijuana*, éd. Gamma, coll. Prévention drogues, Tournai, Belgique, 1990, 63 p.
- GUFFENS J.M.**, - *La dictature des drogues et des virus*, éd. Frison-Roche, Paris, 2002, 690 p.
- LAFONTAINE J.-B.** et al., - *ALTO-SSMG ; les fruits d'une expérience ; accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, éd. Continental Pharma, Bruxelles, 1995, 46 p.
- LEGARDINIER C.**, - *La prostitution*, éd. Milan, coll. Les Essentiels Milan, Toulouse, 1996.
- LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924)*, nouvelle édition avec une préface et des notes de **THUILLIER J.**, éd. Edifor-Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.
- MANUS A.**, - *Psychoses et névroses de l'adulte*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 221, Paris, 4^e éd., 1994.
- Ministère de l'Intérieur**, - *L'usage de la drogue*, éd. Vande Lanotte J., Secrétariat permanent à la politique de prévention, Bruxelles, 1995.
- Ministère de la Santé** de la Communauté Française, - *ALTO (alternatives toxicomanies) ; spécial drogues*, éd. De Galan M., Bruxelles, 1994.
- MORGAN J. P.**, - *Dépendance aux substances toxiques*, chap. 138 in **Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique**, éd. Sidem-Frison Roche, Paris, 1988.
- NOIRFALISE A.**, - *Produits susceptibles d'entraîner une dépendance*, in *Revue Ass. Belge Technol. de Laboratoire*, Vol. 18.1, 35-58.
- NOIRFALISE A.**, - *Les assuétudes*, éd. Pharma - Horison (Upjohn), 1993.
- NOIRFALISE A.**, - *Aspects toxicologiques des assuétudes*, éd. Presses Universitaires de Liège, 1995, 105 p.
- OLIVENSTEIN C.**, - *La drogue ; suivi de Écrits sur la toxicomanie*, éd. Gallimard, coll. Idées, Paris, 1978, 308 p.
- OLIVENSTEIN C.**, - *L'homme parano*, éd. Odile Jacob, Paris, 1992, 226 p.

- PÉLICIER Y., THUILLIER G.**, - *La drogue*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 1514, Paris, 1^e éd., 1972.
- PIRO P.**, - *Dictionnaire des idées reçues sur la drogue*, éd. Syros, Paris, 1995.
- POROT A., POROT M.**, - *Les toxicomanies*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 586, Paris, 9^e éd., 1996.
- POROT M.**, - *Psychologie des maladies*, éd. Masson, Paris, 1989, 296 p.
- POWNALL M., MORZAC L., DORAIS M.**, - *Les substances volatiles*, éd. Gamma, coll. Prévention drogues, Tournai, Belgique, 1990, 63 p.
- Prospective Jeunesse**, - *75 % des toxicomanes s'approvisionnent auprès des médecins*, éd. Sondag A., rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, 1983.
- RICHARD D.**, - *Drogues et dépendances*, éd. Flammarion, coll. Dominos n° 66, Paris, 2001, 128 p.
- RICHARD D., SENON J.-L.**, - *Le Cannabis*, éd. P.U.F., coll. Que sais-je ? n° 3084, Paris, 2^e éd., 1997.
- ROUSSEAU J.P., DERELY M.**, - *Alcoolismes et toxicomanies ; études cliniques*, éd. De Boeck Université, coll. Oxalis, Bruxelles, 1990, 143 p.
- ROSENZWEIG M.**, - *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison ; archéologie d'un savoir oublié*, éd. De Boeck et Belin, 1998.
- THUILLIER J.**, - *Phantastica 1996*, notes en postface, in **LEWIN L.**, - *Phantastica ; l'histoire des drogues et de leur usage (1924), nouvelle éd.*, éd. Edifor-Josette Lyon, Paris, 1996, 422 p.
- TOUZEAU D., JACQUOT C.**, - *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, éd. Arnette, coll. Pharmacoscopie, Paris, 1997, 329 p.
- VALLÉE B.** - *L'histoire des boissons alcoolisées*, p.10 in *Pour la Science*, n° 250, août 1998.

Témoignages d'usagers de drogues

- DE GRAVELAINE F., SENK P.**, - *Vivre sans drogues*, éd. Robert Laffont, coll. Réponses, Paris, 1995, 406 p.
- GAGGINI L. et al.**, - *Drogues et toxicomanies ; écouter, comprendre, réfléchir*, éd. A.C.P., coll. Sciences et Santé, n°7, Clichy, France, 1997, 128 p.

□□□

Notes et Adresses Utiles